

Série 1. **FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON** N° 1176.

DE

L'EMPYÈME GRAISSEUX

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

et soutenue publiquement le 3 février 1896

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Hobart J.-W. BARLEE

Né à Dublin (Irlande), le 13 septembre 1868.



LYON

IMPRIMERIE L. BOURGEON

7, rue des Marronniers.

1896

Série 1. FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON N° 1176.

DE

L'EMPYÈME GRAISSEUX

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

et soutenue publiquement le 3 février 1896

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Hobart J.-W. BARLEE

Né à Dublin (Irlande), le 13 septembre 1868.



LYON

IMPRIMERIE L. BOURGEON

7, rue des Marronniers.

1896

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

MM. LORTET DOYEN.
LEPINE. ASSESSEUR.

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. DESGRANGES, PAULET, BOUCHACOURT, CHAUVEAU, BERNE.

PROFESSEURS

Cliniques médicales	{ MM. LEPINE.
	BONDET.
Cliniques chirurgicales.	{ OLLIER.
	PONCET.
Clinique obstétricale et Accouchements.	FOCHIER.
Clinique ophtalmologique.	GAYET.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GAILLETON.
Clinique des maladies mentales	PIERRET.
Physique médicale.	MONOYER.
Chimie médicale et pharmaceutique.	HUGOUNENQ.
Chimie organique et Toxicologie	CAZENEUVE.
Matière médicale et Botanique	FLORENCE.
Zoologie et Anatomie comparée.	LORTET.
Anatomie.	TESTUT.
Anatomie générale et Histologie	RENAUT.
Physiologie	MORAT.
Pathologie interne.	TEISSIER.
Pathologie externe.	AUGAGNEUR.
Pathologie et Thérapeutique générales.	MAYET.
Anatomie pathologique.	TRIPPIER.
Médecine opératoire	POLLOSSON (Maur.)
Médecine expérimentale et comparée.	ARLOING.
Médecine légale.	LACASSAGNE.
Hygiène	BARD.
Thérapeutique	SOULIER.
Pharmacie	CROLAS.

PROFESSEUR ADJOINT

Clinique des Maladies des Femmes. M. LAROYENNE.

CHARGÉS DE COURS COMPLÉMENTAIRES

Clinique des Maladies des Enfants. MM. WEILL, agrégé.
Accouchements POLLOSSON (Aug.) —
Botanique BEAUVISAGE. —

AGRÉGÉS

MM. BARRAL.	MM. DEVIC.	MM. ROCHET.
BEAUVISAGE.	DIDELOT.	ROLLET
BOYER.	DOYON.	ROQUE.
COLLET.	DURAND.	ROUX.
CONDAMIN.	GANGOLPHE.	SIRAUD.
COURMONT.	MOREAU.	VALLAS.
CURTILLET.	POLLOSSON (Aug.).	CAUSSE { chargé des fonctions d'agrégé.

M. ÉTIEVANT, Secrétaire

EXAMINATEURS DE LA THÈSE

M. BARD, *Président*; TRIPPIER, *Assesseur*; MM. BOYER et COLLET, *Agrégés*.

La Faculté de médecine de Lyon déclare que les opinions émises dans les Dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

PREFACE.

L'empyème graisseux, considéré jusqu'à ce jour comme une maladie grave par les uns, plutôt bénigne par les autres, doit être regardé comme une affection susceptible de guérison complète si l'on suit dans son traitement une bonne direction.

C'est ce que nous avons voulu prouver en entreprenant ce travail sous l'inspiration et la direction de M. le professeur Bard, qui a bien voulu accepter la présidence de notre thèse, ce dont nous lui sommes vivement reconnaissant.

Nous remercions aussi M. Pic, médecin des hôpitaux, qui nous a aidé dans nos recherches et facilité notre travail, ainsi que M. Sallès, chef de clinique à l'Hôtel-Dieu, qui nous a aidé dans sa rédaction.

Nous ne saurions oublier M. Vallas, chirurgien-major des hôpitaux et professeur agrégé de la Faculté; nous le prions d'accepter tous nos sentiments de reconnaissance pour le bienveillant accueil qu'il nous a toujours fait.

Nous prions également M. le professeur Lacassagne de croire à toute la profonde gratitude que nous lui avons vouée; nous n'oublierons jamais l'appui qu'il a bien voulu nous prêter un jour difficile.

Nous devons remercier tous ceux de nos camarades qui nous ont témoigné quelques sympathies, nous serons toujours heureux de nous souvenir des années d'études passées côte à côte.

HISTORIQUE.

L'histoire de la pleurésie graisseuse ne date pas de longtemps ; elle est comparativement récente.

On peut dire que ce ne sont que des auteurs français qui en ont parlé, car sauf deux observations dans la *Gazetta Lazerka*, nous n'avons rien trouvé ailleurs.

M. Guéneau de Mussy est le premier qui ait attiré l'attention sur cette curieuse affection. Il publia, en 1872, deux observations que nous pouvons considérer comme des cas typiques de la pleurésie graisseuse.

Nous publions une d'elles *in extenso*, l'autre en résumé, comme elle est très longue.

OBSERVATION I.

GUÉNEAU DE MUSSY. (*Clinique médicale*, t. I, p. 658.)

Le malade était un général russe, âgé de 50 ans. Il était fort bien constitué et son apparence extérieure, quoique altérée par l'âge et la maladie, témoignait de cette vigueur originelle. Il avait longtemps fait la guerre du Caucase où il s'était signalé par des actions d'éclat..... Ce fut à la suite d'une de ces aventures qu'il fut atteint d'une pleurésie du côté gauche, quinze ans environ avant qu'il vint me consulter. Mal soigné ou plutôt manquant de tous soins, il traîna son mal pendant plusieurs semaines à travers des contrées sauvages, se couchant quand la violence de la fièvre l'exigeait, bravant, dès qu'il pouvait se relever, les fatigues et les intempéries du climat. Ce ne fut qu'au bout de plusieurs mois qu'il lui fut possible de réclamer des conseils éclairés. Alors seulement il apprit la nature de sa maladie qui avait été méconnue jusque là. On le soumit au repos, à l'emploi des révulsifs extérieurs et de différentes médications internes qu'il ne peut indiquer. Ce traitement resta inefficace. Le côté malade avait acquis des dimensions énormes; le malade souffrait d'une dyspnée habituelle qui s'exaspérait par intervalles et le forçait à s'arrêter. A partir de ce moment, et à part les repos obligatoires que lui imposait la marche de sa maladie, la vie du général devint une odyssée médicale, allant de médecin en médecin, de climat en climat, pour chercher un soulagement que les moyens médicaux ne lui procuraient que très imparfaitement. La question de l'intervention chirurgicale avait été bien souvent posée, mais résolue contradictoirement.

Quelques médecins lui avaient parlé de l'opportunité d'une opération; mais le plus grand nombre y avaient vu un danger immédiat et avaient porté sur ces conséquences le plus funeste pronostic. Le malade, qui, comme la plupart de ses compatriotes, était polyglotte, avait plusieurs fois entendu les

opinions discutées devant lui par des médecins qui ne croyaient pas être compris de lui en parlant leur langue.

Au printemps de 1868, le malade me fut adressé par mon ami le docteur Pupier, qu'il avait consulté en traversant Lyon. Son état s'était aggravé, la dyspnée était devenue continue et s'exaspérait d'une manière inquiétante au moindre mouvement; il ne pouvait garder la position horizontale. Les lèvres étaient livides et les malléoles œdématisées. Une matité absolue occupait tout le côté gauche de la poitrine et la région sous-sternale; on entendait près du rachis un bruit inspiratoire sourd et rude, partout ailleurs silence complet. Le cœur est déplacé. De plus on constate les signes d'une insuffisance aortique. L'appétit est languissant. Je proposai la thoracentèse.

Je réclamai alors l'appui de mes amis Barth et Trousseau, qui, après quelques objections, adoptèrent tous deux cette proposition. L'opération fut pratiquée le surlendemain, avec l'instrument de Reybard, et je retirai 1 800 à 1 900 grammes d'un liquide puriforme, jaune, opaque, homogène, sans odeur. — Les suites de l'opération furent des plus simples. Je maintins le malade au lit pendant plusieurs jours. Il avait éprouvé presque immédiatement un soulagement considérable. La voussure thoracique faisait un relief moins prononcé en arrière; près du rachis surtout, la sonorité avait reparu et l'on entendait dans une assez grande étendue, un bruit respiratoire profond, rude et obscur; le cœur restait fixé à droite, mais sa pointe était moins en dehors.

L'aspect de sa physionomie était infiniment meilleur; le malade avait retrouvé le sommeil et l'appétit..... *Le liquide retiré de la cavité pleurale, examiné au microscope, ne renfermait pas un seul leucocyte; c'était une émulsion de matière grasse.*

La dyspnée était considérablement diminuée, et le malade pouvait faire quelques promenades. Au bout de quinze jours, quand je crus complètement effacée l'irritation qui avait été produite dans la plèvre par une première ponction et qui ne

s'était révélée d'ailleurs par aucun symptôme, j'en pratiquai une seconde qui fit couler environ 1 700 grammes de liquide identique avec le premier et aussi inodore. J'arrêtai l'écoulement quand je vis qu'il devenait faible, intermittent, et que la tension intrapleurale était considérablement affaiblie. — Les suites de cette opération furent aussi simples que la première fois.

Trois semaines après j'y revins de nouveau pour tirer à peu près la même quantité de liquide. — L'amélioration fonctionnelle s'accrut davantage, sans que les signes physiques fussent considérablement modifiés, excepté en ce qui concerne la voussure. Celle-ci avait disparu, et le côté gauche, au lieu de présenter une saillie insolite, s'était un peu affaissé.

Mon intention était de répéter encore cette opération. J'avais fait faire au malade une gymnastique respiratoire, à laquelle j'ai toujours recours après les épanchements de longue durée, et qui consiste à faire plusieurs fois par jour une série d'inspirations aussi profondes que possible. Le malade se trouva tellement soulagé qu'il voulut retourner en Russie où, quelques mois après, je sus qu'il jouissait d'une santé passable. Depuis lors j'ai perdu sa trace. — Des renseignements récents m'ont appris qu'il avait vécu pendant plusieurs années après son retour en Russie et qu'il avait succombé, croyait-on, à une affection aiguë.

OBSERVATION II.

GUÉNEAU DE MUSSY. (*Clinique médicale*. T. I, p. 661.)

Résumé.

Un jeune homme de 23 ans, serrurier, entre à l'Hôtel-Dieu le 2 avril 1869.

Maigre, pâle, paraissant délicat.

Pas d'antécédents héréditaires.

Trois ans auparavant, c'est-à-dire en 1866, il avait eu une hémoptisie abondante durant deux jours. Depuis cet accident il toussait toujours et avait beaucoup maigri.

Au mois de juin 1867, il eut une autre hémoptisie accompagnée d'une douleur dans le côté gauche.

Depuis il resta quatre mois au lit.

A l'entrée, respiration fréquente, courte, anxieuse, légère cyanose de la face ; on constatait à l'inspection une énorme voussure du côté gauche du thorax.

Le cœur était fortement dévié à droite. On diagnostiqua un énorme épanchement dans la plèvre gauche datant probablement de l'année 1867.

Le 8 avril, première thoracentèse donnant 2 500 grammes de liquide jaune verdâtre, opaque, fluide, sans mélange de flocons fibrineux, d'une odeur fade très peu accentuée. Recueilli dans un verre, il y avait deux couches, la supérieure fluide, offrait une coloration jaune-verdâtre : la couche inférieure, était constituée par un sédiment épais, de consistance sirupeuse, et d'une couleur grisâtre opaque.

M. Labadie-Lagrave en fit l'analyse. Il y trouvait des masses de granulations formant des corps de Gluge ayant les dimensions de leucocytes mais s'en différenciant par leur réaction en présence de l'acide acétique.

Il est probable, dit-il, que ces corpuscules ne sont que des leucocytes ayant subi la dégénérescence granulo-graisseuse.

Il trouva d'autres granulations plus fines, constituées par de la fibrine ayant également subi la dégénérescence graisseuse.

Enfin on aperçut dans le sédiment des cristaux de cholestérine.

Le 17 avril, deuxième ponction qui donna issue à 1 600 gr. d'un liquide identique au premier.

Le 20 avril, troisième ponction, par laquelle on retira 1 500 grammes de liquide offrant les mêmes caractères que celui des ponctions antérieures.

Le liquide évacué offrait, il est vrai, les mêmes caractères

objectifs, mais peut-être était-il un peu plus fluide et l'on pouvait penser qu'une sécrétion séreuse nouvelle était venue s'ajouter à l'épanchement et en délayer les principes constituants. Après ces ponctions l'état général du malade s'était bien amélioré et il sortit de l'hôpital pour reprendre son métier de forgeron. Il était maigre mais avait bon appétit.

Au mois de juin 1870, M. G. de Mussy voit son malade qui était resté à Paris pendant le siège et, naturellement avait subi des privations de toutes sortes.

Sa santé était profondément altérée, il avait eu plusieurs hémoptisies.

Le malade avait repris son dur métier d'ouvrier métallurgique et bientôt il sentit tous les symptômes de son épanchement qui revenaient.

Il s'est rendu à l'Hôtel-Dieu, dans le service de M. Fernet, pour y subir de nouvelles ponctions.

En 1881, M. Debove communiqua une observation nouvelle à la Société médicale des hôpitaux de Paris.

Il étudia d'une manière complète les lésions de la plèvre, et la nature de l'épanchement.

Nous en parlerons plus loin dans le chapitre consacré à la pathogénie de l'empyème graisseux.

OBSERVATION III.

DEBOVE. (*Mémoires de la Société médicale des hôpitaux de Paris*, 1881, p. 49.)

Le nommé L..., âgé de 63 ans, nous raconte que, il y a trois mois, il prit froid dans le courant de la journée et que, dans la soirée et la nuit qui suivirent, il eut des frissons. A partir de cette époque, il fut oppressé; la toux devint fréquente;

des palpitations survenaient facilement. Ces phénomènes augmentant, le malade entra à l'infirmerie de Bicêtre, le 16 avril. Nous le voyons pour la première fois, le lundi 18 avril.

L..., est très affaibli, sa voix presque éteinte, son état général mauvais ; ses extrémités sont froides, et ont une teinte asphyxique. La dyspnée est intense ; les palpitations sont pénibles ; le pouls est petit, fréquent, régulier, très faible.

La pointe du cœur bat dans le cinquième espace gauche, près du sternum. La matité est complète du côté gauche du thorax, il n'y a même pas de bruit skodique. Absence de vibrations thoraciques et de murmure respiratoire. Pas de pectoriloquie aphone. Vers la racine du poumon, en arrière, on entend du souffle. Le diagnostic ne paraissait présenter aucune difficulté ; il s'agissait d'une pleurésie avec épanchement considérable. Il semblait indiqué d'évacuer le liquide ; mais telle est la situation du malade que nous hésitons, craignant de faire une opération inutile et d'accélérer la mort par une intervention chirurgicale.

Le lendemain, 19 avril, le malade est dans une situation analogue.

Nous nous décidons néanmoins à pratiquer la thoracentèse, sans nous dissimuler les dangers qu'elle pouvait présenter. Nous ponctionnons avec l'appareil de M. Potain, et nous avons extrait environ trois quarts de litre de liquide jaunâtre, ressemblant à une émulsion, lorsque le malade se plaignit d'oppression, pâlit et, au bout de quelques instants, fut pris d'une syncope mortelle.

Le liquide extrait par la ponction est jaunâtre, opaque ; à un examen superficiel, on le prendrait pour un liquide purulent ; mais il ressemble exactement à une émulsion, il contient en outre des paillettes micacées. Son odeur est nulle, sa réaction alcaline, sa densité de 1 025. Examiné au microscope, il présente de nombreuses granulations graisseuses, d'une grande finesse, et quelques gouttelettes graisseuses plus volumineuses ; les unes et les autres sont entièrement solubles

dans l'éther. On y trouve encore une très grande quantité de cristaux de cholestérine qui forment par places de véritables amoncellements. L'altération graisseuse de ces derniers est peu prononcée, et ils sont si rares, qu'il faut faire plusieurs préparations pour en trouver un seul.

Par le repos, il ne s'est pas formé de couche crémeuse à la surface du liquide, et il n'y a pas de coagulum indiquant la présence de la fibrine. — Une portion du liquide, conservée dans un vase à expérience, ne présentait pas encore d'altération manifeste quinze jours après la ponction et ne répandait aucune odeur. Les caractères microscopiques étaient les mêmes : on y rencontrait seulement quelques organismes inférieurs.

Nous avons prié M. Yvon de faire une analyse de ce liquide, en voici les résultats :

	(Albumine coagulable..	68,00
Matières organiques : 79,28	(Cholestérine.....	3,80
	(Matières grasses.....	3,40
	(Matières azotées.....	1,50
Matières minérales.		7,10
Eau		13,62
Matières non dosées, pertes.		2,58

Autopsie. Pratiquée 24 heures après la mort. — On ne constate aucune lésion du cerveau, du foie, des reins, de la rate, du cœur, du poumon, sauf que le cœur était déplacé et refoulé vers la ligne médiane, le poumon gauche refoulé vers la partie supérieure du thorax est aplati contre la colonne vertébrale. — L'épanchement était de deux litres (ce qui fait trois litres si nous tenons compte du liquide évacué par la ponction). Il présentait des caractères identiques à ceux que nous avons précédemment indiqués. — Le liquide était contenu dans une poche qui, dans toute son étendue, se confondait avec la plèvre. Cette paroi qui avait une épaisseur de plusieurs millimètres, était formée de plusieurs couches superposées ; sa couleur était jaunâtre, semblable à celle du

tissu jaune élastique. Elle rappelait l'aspect d'une aorte légèrement athéromateuse.

Nous avons pratiqué des coupes minces de cette paroi épaisse, afin d'en connaître la structure. Elle était formée de couches fibreuses et stratifiées, comme il s'en forme fréquemment à la surface de divers viscères et particulièrement de la rate. Ces diverses couches contenaient, dans leurs intervalles, de fines granulations graisseuses, semblables à celles de l'épanchement, d'où la coloration jaune de la membrane; en certains points, elles étaient beaucoup plus abondantes et formaient de véritables taches. Ces trois caractères, couches stratifiées, coloration jaune, taches jaunes, expliquent la ressemblance si frappante de notre membrane avec une aorte légèrement athéromateuse.

La cavité pleurale ne contenait ni néomembranes, ni fausses membranes, ni flocons fibrineux en suspension dans le liquide; sa paroi, absolument lisse, ne présentait aucune trace d'ulcération, et, en raison de son épaisseur, elle a pu être enlevée dans toute son étendue, examinée avec soin, et nous avons spécialement noté l'absence de toute lésion pouvant faire croire qu'il y eut un orifice établissant une communication de la plèvre avec le canal thoracique. Le médiastin était absolument normal.

Dans la même année 1881, M. Sainton réunit dans sa thèse inaugurale, 12 observations d'une « variété latente et bénigne de l'empyème ». Nous n'en publions que cinq, dont deux sont celles de M. G. de Mussy.

Quant au sept autres, nous avons plusieurs raisons de croire qu'elles sont bien des pleurésies graisseuses, mais les détails à propos de l'épanchement dans presque tous les cas sont insuffisants, et plusieurs autres renseignements fort importants manquent complètement; donc nous avons pensé mieux faire de les exclure de notre travail.

OBSERVATION IV.

SAINTON. (Thèse inaugurale. Paris, 1881. Obs. I.)

Homme de 40 ans, boucher, admis au mois d'août 1880 dans le service de M. Hutinel. Il avait été ponctionné *trois ans* auparavant par M. Montard-Martin, pour une pleurésie purulente. Depuis cette époque, il a été de nouveau ponctionné par M. Hérard.

Au moment de son admission, cet homme se plaint d'une grande gêne de la respiration dès qu'il marche ou qu'il fait un effort. Cependant son état général est bon ; il paraît à peine amaigri ; il a conservé l'appétit et le sommeil ; il n'a jamais de frissons, ni de fièvre, ni de sueurs nocturnes. — L'examen physique de la poitrine donne les résultats suivants : le côté droit présente une voussure considérable ; les côtes sont fortement relevées et donnent à la poitrine une forme globuleuse. La percussion montre une matité absolue à droite dans toute la hauteur : le foie est notablement abaissé.

A l'auscultation, silence complet dans les mêmes régions : pas d'égophonie, pas de souffle. Les vibrations vocales ont entièrement disparu.

En présence de tous ces signes indiquant un vaste épanchement et des accidents dyspnéiques, qui chaque jour augmentent d'intensité, M. Hutinel pratique une première ponction, et s'arrête après l'évacuation de 800 grammes d'un liquide purulent, crémeux, jaunâtre, absolument inodore. L'opération ne fut suivie d'aucun accident général. La température n'atteignit pas une seule fois le chiffre de 38°. La gêne de la respiration diminua notablement, en même temps qu'on constatait le retour de la sonorité et du murmure vésiculaire à la partie supérieure du côté droit.

Au bout de huit jours, la ponction fut renouvelée, et on retira 1500 grammes de pus semblable à celui de la première ponction. A la suite de cette seconde thoracentèse, l'état général resta également satisfaisant ; mais pendant quatre ou

cinq jours, le malade eut des quintes de toux assez rapprochées, suivies de l'expectoration de quelques mucosités sanguinolentes. D'ailleurs la respiration était devenue beaucoup plus facile ; le malade pouvait aller et venir sans être pris de dyspnée, il pouvait se coucher sur le côté droit.

Quand il sortit, quelques jours plus tard, il conservait encore de la matité, de la faiblesse du murmure vésiculaire et quelques râles dans le poumon droit ; il restait encore là une quantité de liquide difficile à apprécier, en tout cas peu considérable.

Le liquide de la deuxième ponction a été examiné par M. Talamon qui nous a remis la note suivante :

« L'examen microscopique ne montre dans le liquide que de fines granulations graisseuses et pas de globules de pus, ni de globules sanguins. On n'y découvre aucune apparence d'organismes ; pas de bactéries, ni de microcoques. — Une goutte de ce pus estensemencée dans un ballon Pasteur, préparé suivant la méthode et contenant un bouillon fait avec de l'extrait de viande Liebig dilué dans quinze fois son poids d'eau. Le ballon est mis dans l'étuve à 37°. Le lendemain et les jours suivants, le bouillon reste clair. Le pusensemencé ne contenait donc pas d'organismes vivants.

OBSERVATION V.

Thèse de Sainton. — Paris, 1881. (Obs. II.)

Au mois d'août 1878, un jeune homme de 17 ans, bijoutier, se présenta à la consultation de l'Hôtel-Dieu, parce qu'il était, depuis quelque temps, sujet à des étouffements ; il fut admis salle Saint-Joseph, dans le service de M. le professeur Germain Sée, par M. Debove.

Il était grand, mince, avait le teint pâle et semblait fatigué ;

on pouvait le prendre, à première vue, pour un phthisique. Cependant il ne toussait que rarement, il ne crachait pas et n'éprouvait de gêne qu'après une marche ou après des efforts un peu prolongés ; il était en somme malade depuis deux ans et demi.

A cette époque il avait été très fatigué et avait eu à la suite d'un refroidissement, une pleurésie du côté gauche (tel fut du moins le diagnostic du médecin qui le vit à ce moment).

Pendant plus de deux mois, il avait dû garder le lit, il toussait d'une toux fatigante, crachait peu, souffrait du côté gauche, avait une fièvre vive, et était en somme fort malade. Peu à peu il se rétablissait mais lentement, la ponction n'avait pas été faite, on avait seulement appliqué quelques vésicatoires, et donné quelques médicaments dont le malade ignore la nature. Le rétablissement fut toujours incomplet ; la poitrine se déforma, la respiration resta courte et, après les fatigues, le malade fut toujours sujet à de petits accès d'oppression.

Quand on examine la poitrine, on est frappé de l'asymétrie considérable qu'elle présente.

Le côté gauche est bombé, saillant en avant, globuleux, les espaces inter-costaux sont élargis et le côté droit semble par comparaison rétracté derrière lui.

Matité absolue dans toute la hauteur du côté gauche, aussi bien en avant qu'en arrière, pas de vibrations thoraciques. La pointe du cœur refoulée à droite, bat sous le sternum ; pas de lésions cardiaques. A l'auscultation, respiration large et pénible à droite ; ce côté semble parfaitement sain. A gauche, silence dans toute la hauteur ; la toux se perçoit à peine et, au moment de la grande inspiration qui la précède, on entend un souffle doux et lointain ; silence absolu du murmure vésiculaire ; pas d'égophonie ni de pectoriloquie aphone, pas de bruit de flot quand on pratique la succussion.

La fièvre est nulle ; le pouls régulier et peu fréquent ; pas de sueurs nocturnes ; les digestions sont moins bonnes depuis quelques jours, mais il n'y a pas de symptômes généraux graves. Les ongles sont un peu en massue.

Il est évident qu'il y avait dans la poitrine de ce jeune homme une collection de liquide datant de longtemps; car, depuis deux ans, le thorax n'avait pas changé de forme, il n'y avait eu ni point de côté, ni fièvre, ni état inflammatoire depuis cette époque.

Comme la respiration était courte et le cœur dévié, M. Debove fit une ponction avec l'appareil Castiaux; on retira 1 000 grammes de liquide et l'on s'arrêta sans avoir vidé la plèvre, qui sembla en contenir au moins trois litres, avant que le malade fut pris de quintes de toux. Le thorax s'affaissa un peu, mais la pointe du cœur ne quitta pas la ligne médiane.

Le liquide extrait de la plèvre était jaune, crémeux, sans odeur; c'était du pus, non du pus séreux, mais du pus d'apparence louable. Il fut examiné aussitôt et on n'y trouva que des granulations graisseuses et des leucocytes granuleux.

Le soir de la ponction le malade eut de la fièvre. Les jours suivants la température resta encore élevée et atteignit 39°5; le côté devint douloureux sans présenter d'empatement, le malade perdit l'appétit et dut rester au lit.

Cet état fébrile, indice certain d'une poussée inflammatoire, dura une dizaine de jours. Au bout de ce temps, la fièvre diminua peu à peu, l'appétit revint et le malade put se lever. La poitrine était dans le même état qu'au moment de l'entrée. L'oppression semblait moins forte. Cependant la ponction n'avait produit qu'une poussée phlegmasique et ne paraissait avoir amené aucune amélioration.

Le malade, dont l'état général était bon au moment de la sortie, n'a pas été revu. On s'était demandé pendant quelques jours s'il ne serait pas urgent d'ouvrir au pus une large ouverture et de faire dans la plèvre des lavages quotidiens. La chute de la fièvre avait déterminé M. Debove à temporiser et l'opération de l'empyème était devenue inutile.

OBSERVATION VI.

BACCELLI. (In *Archivio di medicina, chirurgia et igiena*,
Roma, 1875.)

Rapportée par M. Sainton, th. Paris, 1881, obs. IX.

Une femme contracte une pleurésie quatre jours après être accouchée. Elle subit différents traitements énergiques et, n'étant pas rétablie après plusieurs mois, elle entre dans le service du professeur Baccelli.

Il constate les signes d'un épanchement occupant tout le côté droit, avec souffle bronchique. La voix aphonique se transmettait avec une parfaite limpidité dans toute l'étendue du thorax, tant en avant qu'en arrière. On diagnostiqua un épanchement d'une consistance tenue dans toute la cavité du côté droit. On pratiqua la thoracentèse et on vit jaillir un liquide jaunâtre, opaque, visqueux, acide et qui avait l'apparence du pus. Cependant ce liquide examiné au microscope ne renfermait pas de cellules purulentes, mais des myriades d'éléments granulo-grasieux; traité par l'éther il devenait transparent, citrin et ne présentait au microscope aucun élément figuré.

Pour M. Baccelli ce n'était pas du pus, mais une simple et complète métamorphose grasseuse des exsudats.

Après une amélioration passagère, les symptômes pleurétiques reparurent avec des accès de fièvre vespéraux.

Le liquide s'était reproduit, mais cette fois la voix aphonique n'était pas transmise dans toute la hauteur de l'épanchement, et là où on la percevait, elle était moins nette que la première fois.

On pratiqua une deuxième ponction, et comme on l'avait prévu, le liquide qui était épais, filant, légèrement acide, renfermait, outre les éléments granulo-grasieux, un grand nombre de cellules purulentes. On imputa à l'inflammation

provoquée par le traumatisme ce changement survenu dans la nature de l'épanchement.

Se sentant très soulagée, la malade réclame sa sortie et se rétablit.

Puis en 1888, M. Bouveret, dans son *Traité sur l'empyème*, ajoute une observation personnelle à celles que nous venons d'énumérer.

Elle n'est pas à l'abri de toute critique, comme pleurésie latente franche, car la maladie prend un caractère franchement inflammatoire et, après une pleurotomie, le malade meurt « épuisé autant par les progrès de la tuberculisation que par la longue durée de la suppuration.

OBSERVATION VII.

Cet homme, âgé de 38 ans, vient nous consulter pour la première fois en *novembre 1880*. Il tousse depuis de longues années, et, depuis huit à dix mois, il souffre d'une pleurésie gauche dont le début est d'ailleurs difficile à préciser. Nous constatons à droite, au sommet, les signes d'une tuberculose très limitée et à évolution fibreuse manifeste. La plèvre gauche est pleine de liquide.

L'état général est bon, le patient se plaint seulement d'une très vive oppression. Le lendemain nous pratiquons une première thoracentèse et nous retirons de la poitrine 1 200 grammes d'un pus fluide et légèrement visqueux. Ce pus contenait peu de leucocytes bien formés, mais une grande quantité de granulations graisseuses et de fragments de globules blancs infiltrés de semblables granulations. La dyspnée disparut et cet homme put reprendre ses occupations. Il était

marchand ambulat et parcourait les villages environnants. Pendant un an, nous l'avons traité par la méthode des ponctions répétées. Jusqu'au mois de *décembre 1881*, il subit ainsi huit thoracentèses, et, à chaque opération, nous retirions à peu près la même quantité de liquide, qui d'ailleurs présentait le même aspect et la même composition. Pendant les huit premiers mois, les ponctions furent assez espacées, puis il fallut les rapprocher davantage, car la reproduction du liquide se faisait de moins en moins attendre.

Cependant les lésions tuberculeuses restaient stationnaires au sommet du poumon droit, l'état général ne s'était point aggravé et le malade n'avait point maigri. Deux ponctions furent nécessaires pendant le mois de *décembre 1881*, mais le liquide présentait alors les caractères d'un pus véritable et non d'une sorte d'émulsion graisseuse. De plus, le malade avait de la fièvre et la température s'élevait à 40° après la dernière ponction.

Le 3 *janvier 1882*, la dyspnée avait déjà reparu et la situation était tellement grave que, devant l'insuccès bien constaté des dernières ponctions, nous proposons et pratiquons l'opération de l'empyème. Elle fut suivie d'un notable soulagement. La dyspnée diminua et la fièvre tomba en quelques jours.

Puis l'appétit reparut et le malade reprit des forces et de l'embonpoint. Au mois *d'avril*, la cavité paraissait avoir diminué de plus de moitié, on entendait le murmure respiratoire sur une certaine étendue de la paroi thoracique, et tout le côté gauche présentait une rétraction manifeste. Bientôt le malade put sortir et rester dehors pendant la plus grande partie de la journée. Cependant il ne reprit point ses pénibles occupations. Il survécut encore pendant huit mois. Il mourut épuisé, autant par les progrès de la tuberculisation, que par la longue durée de la suppuration.

Le poumon droit contenait des lésions anciennes et fibreuses au sommet, des lésions récentes dans la partie moyenne. Le poumon gauche était notablement dilaté et séparé de la

paroi thoracique de trois à quatre centimètres seulement. Les deux feuillets de la plèvre présentaient un énorme épaissement.

Enfin notre maître, M. le professeur Bard, nous a donné quatre observations dont une est typique et nous servira, avec celles que nous avons déjà réunies, à décrire la maladie. Les autres, sont autant de phases dans la genèse de cette pleurésie, et nous serviront à discuter la pathogénie de l'affection.

OBSERVATION VIII.

*Pleurésie purulente graisseuse,
refoulement très accusé du cœur à droite.*

(Inédite.)

R... Jean-Baptiste, 22 ans, cultivateur, né à Saint-Victor (Ardèche), entré le 10 octobre 1892, sorti le 17 mai 1893. Rentré le 7 juin 1893. Poids 67 kilos 500 grammes. Pas d'albumine.

Père âgé de 46 ans, bien portant, mère morte à l'âge de 29 ans des suites de couches. Un frère et deux sœurs bien portants. On ne note rien dans les antécédents pathologiques du malade qui paraît avoir toujours joui d'une santé parfaite, ne paraît pas avoir eu de tendance à s'enrhumer. Sa première maladie date de trois ans, à l'âge de 19 ans. Pendant qu'il était à la campagne il prit une pleurésie qui débuta par un point de côté (*fin décembre 1889*) et qui peut avoir eu une marche insidieuse, car ce n'est qu'au bout d'un mois qu'il se décida à consulter un médecin (*fin janvier 1890*) qui lui fit

faire des applications de teinture d'iode sur la partie gauche du thorax.

Le malade continua les applications dendant deux mois sans grand résultat; il avait alors une oppression assez forte, il toussait un peu et avoue avoir eu à ce moment-là des crachats teintés de sang. Il consulte alors un second médecin qui lui dit qu'il avait une pleurésie négligée et lui fit mettre des vésicatoires. Au bout de deux mois et demi le malade put reprendre son travail, mais garda néanmoins un peu d'oppression; la toux ne disparut pas non plus complètement.

Un an après environ, il sentit son oppression augmenter, la toux devint également plus fréquente et sur ces entrefaites il passa au conseil de révision (*mai 1891*) où on le réforma pour pleurésie.

Depuis cette époque il abandonna à peu près complètement son travail, il suivit plusieurs traitements, tous sans grand résultat. On ne lui a jamais fait de ponction; le dernier médecin qu'il a consulté lui a conseillé d'entrer à l'hôpital.

11 octobre. — L'état général est bon, la température à peu près normale, la matité est absolue dans toute l'étendue du côté gauche, même dans la fosse sus-claviculaire le silence est également absolu, les vibrations thoraciques abolies. Le côté gauche du thorax est le siège d'une voussure générale très apparente. A la palpation bi-manuelle on constate l'élargissement très accusé de ce côté, de plus l'immobilité des dernières côtes est manifeste. La mensuration révèle néanmoins peu de différence entre les deux côtés. A la base du thorax et au niveau des seins on constate 101 cent. dont 51 à gauche. L'appendice xiphoïde est à peine dévié à droite de la ligne sterno-pubienne. Matité absolue de l'espace de Traube; matité médiocre dépassant d'un travers de doigt en dehors la ligne mamelonnaire droite en continuité directe avec la matité gauche. La pointe du cœur bat dans le cinquième espace, droit sur la ligne mamelonnaire; elle est bien localisable, les battements sont réguliers, un peu rapides, le pouls est très petit, de faible tension, les bruits sont à

peu près normaux. A droite, dans toute la hauteur, la sonorité et la respiration sont normales. On fait une ponction avec une seringue de Pravaz qui donne issue à quelques gouttes d'un liquide visqueux qui passe difficilement à travers l'aiguille, d'aspect purulent. L'examen histologique le montre constitué par des globules relativement peu nombreux, assez grands, à contour mince et parfait, indécis, chargés de granulations brillantes, graisseuses. Ces globules sont clairs, ne présentent pas de noyaux colorables, et sont manifestement en voie de destruction, quoique moins nombreux que dans un pus ordinaire; ils sont manifestement plus nombreux que dans une sérosité. Le liquide ne contient pas, ou presque pas, de granulations graisseuses libres, pas de globules rouges.

13 octobre. — On fait une ponction de 600 grammes, qui se fait sans incident.

15 octobre. — Le malade se trouve mieux depuis la ponction, et s'est senti amélioré immédiatement après.

La pointe du cœur bat au même point qu'avant la ponction; toutefois, la matité absolue ne dépasse que d'un travers de doigt le bord droit du sternum. La matité et le silence sont aussi étendus et aussi absolus à gauche. On fait ce matin sans incident une ponction de 1400 grammes de liquide qui présente les mêmes caractères que précédemment.

18 octobre. — Le malade se trouve mieux depuis sa ponction; la pointe du cœur bat toujours à droite; à l'inspection la pointe paraît cependant battre en dedans du mamelon. La matité est toujours absolue dans toute la hauteur. Le pus ne présentait aucune odeur au moment de la ponction; il a été conservé et n'en présente encore aucune maintenant.

25 octobre. — L'ampliation du thorax est toujours considérable, mais, à l'inspection, elle paraît maintenant prédominante du côté droit; il en est de même à la palpation. La mensuration au niveau du sein indique 100 cent dont 50 à droite et 50 à gauche. A gauche la matité est toujours absolue dans toute la hauteur, un peu plus ou moins de silence

respiratoire. La matité dépasse la ligne médiane sous le sternum d'un travers de doigt environ et n'aboutit pas tout à fait jusqu'au bord droit dans les deux premiers espaces, elle dépasse ce bord d'un travers de doigt dans le troisième espace, elle s'étend dans le quatrième espace, en perdant un peu de son intensité jusqu'au voisinage du mamelon; il en est de même dans le cinquième espace. Le sixième espace est relativement sonore et immédiatement au-dessous de lui on trouve la matité hépatique qui arrive en bas jusqu'au rebord des fausses côtes à droite, tandis qu'à l'épigastre il existe de la sonorité. A gauche la matité s'arrête exactement au rebord du thorax, dépasse l'appendice xiphoïde jusqu'au dehors de la ligne axillaire.

A l'inspection on constate des battements dans les troisième et quatrième espaces droits, prédominant dans ce dernier; dans le troisième espace les battements ont lieu à deux travers de doigt de la ligne mamelonnaire; dans le quatrième ils s'étendent jusqu'au mamelon. A la palpation on perçoit un choc systolique suivi d'un retrait se terminant brusquement par le claquement sygmoidien, le maximum du choc et du claquement a lieu dans le quatrième espace, au contact immédiat du mamelon, mais on le perçoit encore au doigt à un travers de doigt en dehors de ce dernier; il se perçoit aussi dans le troisième espace à deux travers de doigt en dedans de la ligne mamelonnaire et dans le cinquième jusqu'à trois travers de doigt en dehors d'elle, de telle sorte que sa limite extérieure oblique de haut en bas et de dedans en dehors: on ne perçoit aucun choc dans le sixième espace, il est manifeste qu'il existe un choc unique sans foyers distincts occupant les troisième, quatrième et cinquième espaces. Le claquement sygmoidien est aussi bien perçu à la palpation dans le cinquième et troisième espaces que dans le quatrième. Il existe des battements visibles à l'épigastre qui prédominent nettement dans l'angle xiphoïdo-costal gauche. A la palpation on perçoit un choc systolique moins étendu, moins ample mais plus puissant que celui de la région mammaire droite; à ce niveau il

n'existe pas de claquement diastolique : le choc se perçoit faiblement sur le bord droit de l'appendice xiphoïde, tandis qu'il est intense sur le bord gauche.

A l'auscultation à l'épigastre on entend le premier bruit seul intense quoique de timbre un peu sourd, il s'entend seul encore mais plus clair dans le quatrième et cinquième espaces sur le bord droit du sternum, au niveau du mamelon droit ; au contraire le premier bruit est faiblement perçu, tandis que le second s'entend très intense dans le troisième espace ; le second bruit est le siège d'un dédoublement constant et très accusé ; le dédoublement fait défaut dans le cinquième espace, le second bruit est aussi plus sourd ; dans le quatrième le second bruit est très prédominant et d'ordinaire un peu soufflant.

21 novembre. — La mensuration thoracique, dans la station couchée, indique :

97 au niveau de l'épigastre ;

100 au niveau du mamelon.

Ponction de 1 500 gr. sans incident. Après la ponction

94 à l'épigastre ;

98 au mamelon.

6 décembre. — Ponction de la plèvre du 15 octobre.

Densité = 1 039.

Résidu sec	98,28	par litre.
Albumine	62 »	—
Matières minérales.....	9,20	—
Matières grasses.....	6,30	—

Le ballonensemencé à l'aide de la ponction du 18 octobre est stérile après trois jours d'exposition à 30°-35°.

6 décembre. — Mensuration avant la ponction, position couchée :

A l'épigastre 95

Au mamelon..... 98

Le malade s'est trouvé soulagé après la dernière ponction et l'amélioration a persisté jusqu'à présent. Le pus conservé jusqu'à aujourd'hui ne présente encore aucune putréfaction.

On fait aujourd'hui une nouvelle ponction (on a tiré deux litres sur les indications du malade, qui sentait que ça le tirait de la poitrine du côté droit vers le gauche). La matité cardiaque s'arrête actuellement à 8 cent. à droite de la ligne médiane au lieu de 12 cent. Le choc présente son maximum dans le quatrième espace droit, à un travers de doigt seulement en dehors du bord du sternum. Les battements, très visibles de la région mamelonnaire avant la ponction, ont disparu; on ne constate plus de battements bien visibles qu'à l'extrémité interne du quatrième espace droit, les battements épigastriques eux-mêmes sont moins bien aperçus; à la palpation on les perçoit nettement, plus intenses et moins diffus que précédemment.

La matité absolue persiste jusqu'au sommet en avant et en arrière. Le silence n'est pas aussi absolu; vers l'angle inférieur de l'omoplate, on perçoit un peu de souffle et de pectoriloquie aphone; pas d'égophonie. La respiration s'entend un peu au niveau du hile; le sommet reste silencieux, cependant on y perçoit quelques bruits légers qui semblent être des frottements.

Mensuration après la ponction :

A l'épigastre.	92
Au mamelon.	95

28 décembre. — Un verre contenant du liquide de la ponction du 22 novembre a pu être conservé jusqu'à aujourd'hui sans précautions particulières. Il présente depuis quelques jours une légère odeur de décomposition encore peu accusée; on le jette.

31 décembre. — Du liquide de la ponction du 6 décembre conservé dans les mêmes conditions que précédemment, c'est-à-dire dans un placard de la salle, présente une très légère odeur.

15 janvier. — Mensuration avant la ponction (position couchée).

Epigastre.	95
Mamelon.	100

La voussure est redevenue assez apparente, les battements cardiaques présentent leur maximum au niveau même du mamelon droit et celui de la pointe a lieu dans la 1/2 D de l'épigastre; cependant l'oppression n'a pas reparu. On fait une ponction dans le huitième espace un peu en arrière de la ligne axillaire postérieure. Cette ponction a donné issue à 2150 grammes d'un pus absolument identique à celui des ponctions précédentes. La ponction a été arrêtée quand le malade commençait à sentir de la dyspnée. Après la ponction le malade se trouve, dit-il, beaucoup mieux. Les battements cardiaques sont beaucoup moins apparents, mais leur siège s'est peu modifié.

26 janvier. — Mensuration avant la ponction:

Epigastre.....	93
Mamelon.....	98

Le maximum du choc de la base a lieu actuellement dans le quatrième espace à égale distance entre le mamelon et le bord droit du sternum : on ne le perçoit plus sous le mamelon. La ponction est continuée jusqu'à ce que l'oppression s'accuse; on l'arrête ainsi à 1500 grammes.

Les battements cardiaques ne sont plus perçus à droite du sternum, ils présentent leur maximum sur le bord gauche de l'épigastre et se perçoivent encore sous la moitié D du sternum sans dépasser son bord.

Le malade accusait à la fin de la ponction une douleur légère, qu'il localisait sur le bord gauche du sternum, vers son extrémité inférieure.

Mensuration après ponction:

Mamelon.....	95
Epigastre.....	90

La matité persiste, mais moins absolue dans les deux premiers espaces en avant; elle est aussi accusée en arrière. La respiration s'entend faiblement en avant et en arrière au voisinage du sommet.

Le liquide extrait de la ponction présente les mêmes caractères généraux mais paraît un peu plus fluide et un peu

plus clair qu'aux ponctions précédentes. L'examen histologique révèle les mêmes caractères de leucocytes à bords *flous*; présentant de fines granulations graisseuses, très peu de granulations libres. Le liquide de la ponction précédente ne présente aucune odeur malgré une conservation sans précautions. — Dans le repos il s'est formé à la partie supérieure une couche séreuse occupant 2 centim. de hauteur dans un verre à pied contenant au total une hauteur de 9 centim. de liquide. Cette couche supérieure faisait complètement défaut dans le liquide de la première ponction, et était à peine appréciable dans l'avant dernier.

31 janvier. — Analyse du liquide de la ponction du 25 janvier.

Densité =	1 025.	
Résidu sec.....	84,»	par litre
Albumine.....	30,8	—
Matières grasses.....	8,»	—
Cendre.....	9,»	—

L'amélioration produite par la dernière ponction a persisté et le malade n'accuse aucune dyspnée.

Le choc du cœur reste au voisinage du bord droit du sternum, il n'a pas reparu sous le mamelon. La matité est toujours absolue dans toute la hauteur.

Les battements épigastriques sont très accusés et visible même dans la station couchée. Les battements du cœur sont transmis en avant jusque dans le deuxième espace gauche, en arrière dans toute l'étendue de la plèvre, et présentent leur maximum dans la fosse sous-épineuse. Ces battements, entendus à l'oreille sous forme de bruits sourds, se révèlent à la palpation par une pulsation faible et manifeste, formant une expansion très étendue.

14 février. — La mensuration indique :

Au mamelon.....	95
A l'épigastre	91

Le flot est toujours bien perçu.

La ponction s'est faite sans incident : on retire 1 200 gr.

de liquide. La dyspnée a commencé à être sentie à 1 100 mais cessait immédiatement dès qu'on arrêtait l'écoulement pour reparaitre dès qu'il était réouvert. Cette arrêt provoquait encore la suppression de la dyspnée tout à fait à la fin de la ponction.

Les battements du cœur s'entendent en arrière un peu plus clairs qu'avant la ponction mais avec moins d'expansion. La main ne perçoit plus de pulsation.

Le flot se perçoit encore mais moins nettement qu'avant la ponction ; la matité persiste dans toute la hauteur.

Mensuration après la ponction :

A l'épigastre..... 89,5.

Au mamelon..... 94

Dans la région sous-claviculaire, la voussure a fait place à un méplat. On ne perçoit plus les battements du cœur à droite du sternum ; le maximum du choc a lieu sur le bord gauche de l'appendice xiphoïde.

Le malade présente un nystagmus très accusé et permanent ; dans les mouvements rapides en dehors le nystagmus disparaît un court moment. Le malade n'éprouve aucun malaise. Le malade continue à se trouver très bien depuis sa dernière ponction ; le méplat persiste un peu sous la clavicule gauche, on ne sent pas de battements cardiaques à droite de la ligne médiane et le choc maximum a lieu dans la moitié D de l'épigastre.

18 février. — Le maximum du choc a toujours lieu à l'épigastre, mais on perçoit un choc faible à droite de l'extrémité inférieure du sternum.

Analyse du liquide de la ponction du 12 février.

Densité = 1 024

Albumine..... 47,» par litre.

Résidu total 84,5 —

Matières grasses 10,» —

Cendre 15,» —

23 février. — Mensuration :

A l'épigastre..... 90,»

Au mamelon..... 95,5

La ponction est renvoyée, faute de temps, à la visite suivante.

25 février. — La ponction faite ce matin donne issue à 1 650 gr. de liquide sans incident.

26 mars. — Le total des ponctions antérieures atteint 11 lit. 900. On fait aujourd'hui une neuvième ponction qui donne issue à un liquide de même aspect que les précédentes, mais cependant un peu moins opaque et présentant l'aspect plutôt d'un bain sulfureux que celui du pus. La dyspnée commence à se faire sentir à 1 100 gr. mais ne devient intense qu'à l'interruption à 1 700 gr. La pointe du cœur présente, après ponction, des battements très visibles, bien localisables au doigt et à la palpation dans le quatrième espace à un travers de doigt en dedans de la ligne mamelonnaire. Le choc de la base ne peut être bien localisé ; il paraît se faire dans le deuxième espace sur le bord gauche. La sonorité est normale sur toute l'étendue du sternum, et s'étend jusqu'à un travers de doigt à gauche de son bord gauche.

Mensuration :

Au niveau de l'appendice xiphoïde. 89

Au niveau du mamelon 93

Il existe une dépression manifeste en avant dans la région sus-mamelonnaire.

1^{er} avril. — Le méplat persiste sous la clavicule gauche. Les battements cardiaques présentent leur maximum à gauche du sternum et dans la moitié gauche de l'épigastre.

Mensuration :

Au niveau du mamelon 95

Au niveau de l'épigastre..... 90

On fait une ponction qui donne issue à 500 grammes d'un liquide franchement hémorragique de couleur brune ; on arrête à 500 grammes, bien que le malade n'ait éprouvé aucun malaise.

La coloration est rouge brun, un peu analogue à une conserve de tomate foncée ; le liquide est assez fluide, trouble et opaque.

L'examen histologique du liquide ne révèle qu'un très petit nombre de globules rouges, non en rapport avec l'intensité de la coloration; on constate en même temps des cellules graisseuses un peu moins nombreuses que dans les ponctions antérieures.

Analyse de la ponction du 16 mars (incomplète):

Densité = 1021

Albumine..... 40 gr. par litre.

4 avril. — Le malade se trouve bien et n'a présenté aucun malaise depuis la ponction. La température est restée normale.

13 mai. — Depuis la dernière ponction le malade se trouve parfaitement bien et n'a éprouvé ni dyspnée, ni aucun malaise. La mensuration indique :

Au niveau du mamelon 96

Au niveau de l'épigastre..... 89

On constate toujours un méplat dans la région sous-claviculaire gauche. Le choc de la pointe se localise bien et a lieu dans le quatrième espace gauche à peine en dedans du mamelon; à la région sous-claviculaire la sonorité est notablement diminuée. La respiration y est obscure, sans râles; en arrière, le côté gauche est légèrement affaissé. La matité est toujours absolue dans toute la hauteur. La respiration, quoique nettement moins intense que dans le côté opposé, s'entend assez bien dans les 2/3 supérieurs et très faiblement jusqu'à la base.

Dans les gouttières vertébrales dans la moitié inférieure on perçoit, à la fin de l'inspiration, quelques frottements très sourds et secs: on fait une ponction qui donne issue à un liquide notablement différent des précédents. Il présente une teinte hématique manifeste, mais en partie masquée par une coloration verdâtre. Le liquide est manifestement plus fluide et opaque qu'aux premières ponctions. La ponction se fait sans incident jusqu'à 900 grammes, moment où le malade commence à éprouver un peu de dyspnée. La dyspnée a commencé à être intense à 1100 grammes. La dyspnée persiste

même en arrêtant l'écoulement; on arrête la ponction à 1200 grammes. La coloration du liquide dans la bouteille rappelle assez exactement celle d'une purée de pois. Après la ponction les battements du cœur sont un peu plus énergiques, plus rapides, et la pointe bat exactement sous le mamelon.

16 mai. — Le malade n'a éprouvé aucun malaise depuis sa ponction. On l'oblige à aller passer quelques jours à la campagne dans son pays. On a fait au malade pendant son séjour onze ponctions qui ont donné issue à 15 litres 300 grammes au total.

7 juin. — Rien de particulier à signaler depuis le départ du malade. Il n'existe ni toux, ni expectoration; les fonctions digestives sont normales, tout au plus il éprouve de temps en temps quelques points de côté légers à la base gauche et un peu de dyspnée lorsqu'il marche pendant un certain temps. L'état général est bon, cependant il existe encore de la faiblesse générale. A l'examen du thorax, on constate une ampliacion grande du côté gauche relativement au côté opposé. A gauche, matité presque absolue au bas, submatité très nette partout ailleurs en avant et en arrière. Les vibrations thoraciques sont très diminuées dans toute l'étendue du poumon, mais on les sent encore un peu, même à la base. A l'auscultation, obscurité très grande du murmure vésiculaire, mais il n'existe ni souffle, ni égophonie ni pectoriloquie aphone.

Au cœur, la pointe bat dans le cinquième espace gauche en dedans de la ligne mamelonnaire; les battements sont calmes et réguliers; à la pointe, souffle systolique doux et léger qui s'entend surtout dans le petit silence, et se propage un peu dans l'aisselle. (Rien dans les urines.)

13 juin. — La mensuration indique 96 au niveau des mamelons, 91 à l'épigastre. Le maximum du choc cardiaque a lieu dans le cinquième espace, un peu en dedans de la ligne mamelonnaire gauche; en avant, les mouvements respiratoires sont assez étendus, mais on entend pas le murmure vésiculaire. Le méplat sous-claviculaire est très peu accusé, mais l'affaissement en arrière est assez manifeste à la palpa-

tion bi-manuelle. Le diamètre antéro-postérieur est nettement moindre à gauche.

On fait une ponction qui donne issue à 650 grammes d'un liquide un peu brun, mais qui ne présente pas l'aspect purulent; l'écoulement ne s'est fait qu'avec lenteur sous forte inspiration, et la ponction a été arrêtée, le liquide ne venant plus que peu abondant et d'une manière intermittente, sans pourtant que le malade éprouvât de dyspnée.

18 juillet. — La mensuration indique 90 cent. à l'apex xiphoïde, 95 cent. au niveau des mamelons.

La ponction donne issue à 1100 grammes d'un liquide très différent des ponctions précédentes. Sous une faible épaisseur, il paraît purement séreux, seulement un peu coloré; dans la bouteille, sa teinte est plus opaque, jaunâtre, présentant la coloration de la bière mais en différant par son trouble et son opacité.

La dyspnée commence à se produire à 900 grammes, on arrête la ponction à 1100 grammes. La pointe du cœur bat dans le quatrième espace, sous le mamelon; elle est bien localisable au doigt, et existait déjà dans ce point avant la ponction. Après la ponction la mensuration indique 88 cent. au niveau de l'épigastre, 93 cent. au niveau des mamelons.

3 août. — Le thorax présente à gauche un affaissement manifeste et une diminution très accusée du diamètre antéro-postérieur. Les côtés sont très rapprochés en arrière, même pendant l'élévation du bras; et la matité est toujours très marquée. A l'auscultation, la respiration s'entend faiblement presque jusqu'à la base.

La pointe du cœur bat à son siège normal. La mensuration indique 90 à l'épigastre 95, au mamelon. On fait une ponction qu'on arrête à 300 grammes, le liquide s'écoulant mal et la dyspnée commençant à se produire à ce moment.

Le liquide est séreux sans aucune teinte purulente, un peu louche, rougeâtre, nettement hématique, assez fluide, très mousseux par l'agitation. Au moment où l'on a arrêté la ponction, le liquide arrivait peu abondant, chargé en gaz.

Après la ponction, la respiration s'entend un peu mieux et descend un peu plus bas en arrière; la matité existe dans toute la hauteur, décroissante de bas en haut. En avant il y a toujours de la submatité jusqu'à la clavicule. La pointe du cœur bat exactement dans le quatrième espace sous le mamelon; les battements sont visibles, bien localisables; il n'existe aucun choc plus en dedans. L'expansion systolique et le choc diastolique se perçoivent nettement dans le deuxième espace à deux travers de doigt à gauche du bord gauche du sternum.

La mensuration, après la ponction, indique à peu près les mêmes chiffres qu'avant.

7 août. — Le malade sort avec un bon état général. Il va passer deux mois à la campagne.

24 janvier 1896. — Nous recevons une lettre du malade qui nous dit qu'il a toujours travaillé depuis sa sortie de l'hôpital, qu'il n'a éprouvé aucun malaise, ne tousse pas, et en deux mots, se sent très bien.

Comme nous avons déjà dit, nous avons trouvé deux observations de peu de valeur, décrites par M. Chelchowski dans la *Gazetta Iazenska* de 1890, nous les donnons telles que nous les avons trouvées.

OBSERVATION IX.

I. — Un homme de 34 ans, tuberculeux depuis plusieurs années et ayant une pleurésie droite depuis deux ans, se fracture les cinquième et sixième côtes gauches. A part cela, l'examen soigneux du côté gauche ne montre rien d'anormal.

Mais en revanche, le poumon droit depuis sa limite inférieure jusqu'à la deuxième côte en avant, et jusqu'à l'épine de l'omoplate en arrière présente un son mat et tympanique à la percussion. On ne perçoit pas de murmure vésiculaire ni de vibrations thoraciques.

Comme depuis trois semaines, les côtes fracturées ne donnaient aucun signe de consolidation, on pensa que ce fait était dû aux mouvements exagérés du poumon gauche, vu qu'il avait à faire aussi le travail du poumon droit, puisque ce dernier était comprimé par l'exsudat pleurétique. Chelchowski pensa donc qu'il était indiqué d'extraire le liquide contenu dans la cavité thoracique droite.

Le malade fut ponctionné, et on retira en une seule séance, environ deux litres d'un liquide qui avait les caractères suivants : il était blanc jaunâtre, trouble et opaque, ressemblant beaucoup à du pus ordinaire, mais on ne trouvait pas de globules de pus dans le liquide. Par contre, il renfermait un nombre incroyable de granulations opaques et beaucoup de cristaux de cholestérine.

La réaction du liquide était faiblement alcaline.

L'examen chimique donna sur 100 parties du liquide :

Matières solides.....	7,2950
Albumine.....	5,7824
Sels solubles dans l'eau 0,6152 {	07,404
Sels insolubles..... 0,1252 {	
Matières extractives.....	0,2776
Cholestérine.....	0,2599
Lécithine et graisses.....	0,1714

Le malade guérit de sa tuberculose pulmonaire.

II. — Homme de 53 ans. Néoplasme à l'estomac. L'envahissement des glandes lymphatiques de la cavité thoracique était si avancé que l'œsophage était rétréci. Il y avait un exsudat dans la moitié gauche du thorax. Le malade meurt. L'autopsie confirma le diagnostic, et montra dans la plèvre un liquide qui n'était ni séreux ni purulent, mais qui avait

un caractère chyleux. Il était blanchâtre, opaque, faiblement alcalin. Il ne renfermait pas de leucocytes.

L'analyse chimique donna :

Matières solides.....	5,0701
Albumine.....	3,3626
Sels solubles..... 0,6897	} 0,7362
Sels insolubles..... 0,0465	
Matières extractives.....	0,3377
Cholestérine.....	0,0768
Lécithine et graisse.....	0,5612

LA PATHOGÉNIE.

La pathogénie de la pleurésie graisseuse a été très vivement discutée. Chaque auteur qui a contribué à faire connaître cette maladie avait sa manière de voir et la soutenait avec ardeur.

Nous passerons en revue les théories qui ont été publiées, puis nous donnerons nos idées avec l'appui de quelques observations inédites.

M. Guéneau de Mussy pensait que l'émulsion de graisse n'était autre chose que la dégénérescence et la désagrégation des leucocytes dans un épanchement purulent de la plèvre, c'est d'ailleurs une des manières de voir admises aujourd'hui.

M. Quincke pensait que l'épanchement était dû à la rupture dans la cavité pleurale du canal thoracique, mais les faits nouveaux, et surtout la recherche sur le cadavre de la lésion nécessaire à cette manière de voir, montrent que la théorie n'avait pas de base solide.

M. Debove rejette ces théories et pense que l'épanchement graisseux est dû à la production dans la plèvre d'une émulsion graisseuse, ne provenant ni d'une transformation des globules de pus, ni d'un

épanchement de chyle, mais il ne nous dit pas sur quel fonds repose cette théorie.

M. Bouveret se range tout à fait à l'avis de M. Guéneau de Mussy, pour lui c'est un processus inflammatoire qui se développe lentement, puis s'éteint spontanément, laissant dans la plèvre un liquide purulent enkysté dans des parois très épaisses, ces parois ne peuvent plus former du pus, puisqu'elles sont doublées de tissu sclérosé, aussi elles ne peuvent résorber le liquide enkysté.

Nous avons vu en étudiant le liquide épanché, qu'il ne contenait jamais de micro-organismes vivants, donc il n'est plus irritant et ne cherche pas à s'ouvrir une voie à l'extérieur.

Les globules de pus alors se désagrègent et finissent par subir la dégénérescence grasseuse, d'où ces quantités considérables de fines granulations grasses et quelquefois de leucocytes contenant ces mêmes granulations.

L'observation XI montre à un moment donné un commencement de ce processus.

Nous observons là qu'une pleurésie *séreuse* même, peut à la longue devenir grasseuse par dégénérescence des quelques leucocytes qui se trouvent dans le liquide.

Cette transformation est très lente, mais nous verrons dans l'avenir sans doute beaucoup de ces cas.

Aucun signe ne révèle la transformation, et ce n'est qu'à l'examen microscopique qu'on trouve la dégénérescence des globules blancs.

Nous rappellerons l'observation XII : le malade présentait une pleurésie purulente grasseuse révélée par une première ponction.

Cinq jours après, la pleurotomie reconnue nécessaire fut faite et décela la présence d'un liquide séreux. On pensait que l'état fébrile du malade dépendait de sa pleurésie, ce qui était faux. Comment expliquer cette transformation de pleurésie purulente graisseuse en pleurésie séreuse? Le liquide se reproduirait-il donc à l'état séreux dans les empyèmes graisseux? L'observation II jointe à celle-ci, semblerait répondre affirmativement à ces questions.

Dans l'observation XIII nous sommes en présence d'un fait rappelant celui de l'observation XI, seulement là nous avons à faire à une pleurésie purulente.

La température baissait et on fit une ponction exploratrice. Le liquide examiné contenait beaucoup de granulations graisseuses libres, et de plus les globules de pus étaient infiltrés par ces mêmes granulations.

De nouveau il y eut une poussée inflammatoire et on a dû pratiquer une pleurotomie. La malade a très bien guéri.

Ces deux cas ne sont pas des pleurésies graisseuses franches, mais du moins ils nous montrent un stade dans la formation de cette affection.

Et ce n'est pas tout, car dans notre quatorzième observation, nous assistons à la transformation en empyème graisseux, d'une pleurésie purulente à la suite d'un pneumothorax tuberculeux.

Comment expliquer tous ces faits si différents? — Nous croyons que la solution du problème est assez simple.

Dès que le processus inflammatoire s'éteint, pour ainsi dire, les globules de pus ou les leucocytes

commencent de suite à subir la transformation graisseuse. A la longue toute la masse du liquide forme une émulsion, comme nous l'avons observé dans les cas où la pleurésie datait de longtemps.

OBSERVATION XI. (INÉDITE.)

(Résumé.)

Rosalie L..., 18 ans, entrée le 16 janvier 1895, sortie le 2 août 1895. Rentrée le 26 août 1895.

Mère morte de phtisie.

16 janvier. — Rien dans ses antécédents personnels.

Début de la maladie il y a trois mois, subitement, par des frissons et points de côté, à gauche surtout.

Elle devient de plus en plus faible et enfin s'alite.

La toux n'apparaît que quinze jours après le début. On lui fit deux ponctions et retiré du côté gauche environ trois litres de liquide.

Actuellement, c'est-à-dire à l'entrée, l'état général est assez bon, la dyspnée modérée, la toux peu fréquente et l'expectoration nulle.

La malade n'a pas d'appétit.

A l'examen du thorax, la matité est absolue avec résistance au doigt de toute l'étendue du côté gauche, avec oblitération de l'espace de Traube.

La base du poumon droit est également mat.

A l'auscultation, à gauche en arrière, obscurité respiratoire considérable avec souffle pleurétique dans la moitié supérieure. Obscurité complète dans la moitié inférieure.

On entend quelques râles humides dans toute la hauteur gauche.

Egophonie mal caractérisée.

En avant et du même côté, souffle amphorique et silence respiratoire presque absolu.

Le cœur est dévié à droite.

4 février. — La voussure est manifeste.

On fait une ponction de 500 grammes.

11 mars. — Le souffle tubaire sous la clavicule droite a diminué. L'état s'est amélioré depuis la ponction. On perçoit bien le flot.

15 mars. — On fait une ponction. On retire 500 grammes de liquide très coloré de teinte hématique. L'espace de Traube reste encore en partie muet, et le cœur est toujours dévié. L'état général est assez bon.

17 avril. — Epanchement toujours très grand. L'état général est bon. Faciès coloré. Embonpoint conservé. Un peu d'anorexie.

6 mai. — L'épanchement va toujours en augmentant. Le cœur est plus dévié à droite que dans les examens précédents. La sensation de flot est très bien sentie.

13 mai. — On fait une autre ponction, sans incidents, on arrête à 300 grammes. Le liquide est de teinte très hématique.

27 mai. — La sensation de flot est très nette. On entend un souffle, dans la fosse sous-épineuse gauche, expiratoire.

1 juin. — L'épanchement a de nouveau repris ses caractères, l'espace de Traube est mat et le cœur bien dévié. La sensation du flot est très marquée surtout à une main.

17 juin. — On fait une ponction de 1500 grammes, le liquide est séreux, opaque avec une teinte hématique.

La dyspnée a commencé très rapidement comme d'ailleurs dans les ponctions antérieures. Après la ponction la malade a une quinte de toux très intense, prolongée, avec cyanose, mais sans expectoration.

21 juin. — La dyspnée a diminué, mais la malade prend facilement des malaises. Elle a des points de côté et des tiraillements. Le souffle sous la clavicule a disparu, mais est remplacé par quelques gros râles inspiratoires. La sensation

du flot existe toujours. Egophonie bien marquée à la partie moyenne en arrière. Souffle pleurétique. Le cœur est toujours déplacé à droite.

24 juin. — L'épanchement n'a pas augmenté.

28 juin. — Le souffle commence à diminuer. Le flot est bien perceptible.

12 juillet. — L'épanchement a repris ses premières limites. L'espace de Traube est mat. Le refoulement du cœur à droite est à son maximum. Les phénomènes du flot sont relativement peu marqués.

17 juillet. — La dyspnée est toujours accusée dans la marche. Les phénomènes d'auscultation se sont beaucoup modifiés on ne perçoit plus de flot. La matité reste bien accusée à la base, mais s'atténue de bas en haut.

On fait deux ponctions exploratrices, la première dans le huitième espace un peu en avant et on retire un centimètre cube d'un liquide très opalescent et trouble; la deuxième dans le neuvième espace un peu en arrière, donne issue à un liquide séreux très différent de la première.

27 juillet. — La matité est très accusée; l'espace de Traube est muet, le cœur est aussi refoulé que précédemment.

Le flot antéro-postérieur est très net, mais limité à la base. La toux est assez marquée surtout le soir, mais toujours sans expectoration.

On fait dans le neuvième espace en arrière une ponction de 800 grammes de liquide séreux, très trouble, de coloration bain sulfureux, et tenant en suspension quelques grumeaux fibrineux.

Après la ponction le cœur est revenu beaucoup sur lui-même, et la pointe se perçoit à gauche de la ligne médiane.

26 août. — La malade avait quitté le service le 2 août. Elle séjourna aux convalescents jusqu'au 26; trois jours avant de quitter le service la malade ressentit une douleur dans la partie inférieure du côté droit du thorax. Elle augmenta après que la malade eut quitté le service et la gênait pour marcher, s'accompagnant d'oppression. Elle envahit ensuite

le côté droit du dos s'accompagnant de gêne des mouvements du bras, puis le côté gauche où elle était intermittente. Elle souffrait aussi de ses anciennes douleurs à la région précordiale. Actuellement l'état général paraît stationnaire. Pas d'amaigrissement.

13 septembre. — Etat général bon, mais la température est très fébrile. L'espace de Traube est mat. Le cœur est de nouveau refoulé à droite. La fosse sous-épineuse gauche est occupée par une poche fluctuante mesurant 9 cent. de haut sur 6 de large, peu mobile dans la profondeur, mais pas adhérente à la peau qui a conservé sa couleur normale. Il y a 3 semaines que la malade dit s'être aperçue de cet abcès. Elle n'en éprouve de douleur que dans le décubitus dorsal par le fait de la pression.

On fait une ponction, on en retire 1250 gr. de liquide très opaque, couleur de bain sulfureux. Après la ponction, le cœur est revenu un peu du côté droit, l'espace de Traube est réellement sonore. Peu de matité en arrière. Les bruits respiratoires s'entendent dans les trois quarts supérieurs, mais un peu soufflant. L'abcès froid ne s'est pas modifié.

La base gauche montre une tendance marquée à la rétraction et à la forme en V.

14 septembre. — Le liquide, conservé dans un verre à pied, a laissé se former un dépôt blanc, d'aspect purulent — 13 millim. pour 10 cent. de liquide en hauteur. Le sérum situé au-dessus est assez coloré, nullement hématique, presque limpide. Au microscope le dépôt est constitué par des globules de pus, riches en granulations graisseuses peu cohérentes, la plupart à bords diffus. Un certain nombre de granulations graisseuses sont libres, mais le plus grand nombre sont intra-cellulaires. Il existe aussi un assez grand nombre de granulations fines, non réfringentes qui paraissent être protéïques, qui sont libres, en beaucoup plus grand nombre que les granulations graisseuses. Pas de globules rouges.

23 septembre. — La malade a une irruption galeuse. En-

voyée chez M. Cordier, il lui prescrit des solutions naphtholiques (axonge 100, naphtol 10).

14 octobre. — L'état général est bon, peu de toux et pas d'expectoration.

En avant, la respiration ne s'entend que dans le premier espace, s'accompagnant de gros râles assez nombreux.

En arrière, matité absolue et silence jusqu'au voisinage de l'épine de l'omoplate au-dessus, respiration ample sans râles. — flot antéro-postérieur — L'abcès froid ne s'est pas modifié. Le cœur toujours dévié à droite, mais pas si marqué que précédemment.

28 octobre. — Le thorax a de nouveau augmenté de volume. La matité est absolue dans toute la hauteur, sauf le premier espace et la fosse sus-épineuse. La matité dans l'espace de Traube s'arrête sur la ligne mamelonnaire à trois travers de doigt au-dessus du rebord des fausses côtes. Le cœur est dévié à droite quoique la pointe batte à l'épigastre, très rapproché de la ligne médiane. La respiration s'entend dans la fosse sus-épineuse et dans le premier espace en avant; partout ailleurs obscurité. Les phénomènes du flot sont bien perçus.

On fait une ponction, par laquelle on retire un liquide opaque, jaunâtre. On l'arrête à 1 000 gr. sans incidents, la malade se plaignant de dyspnée en grande partie subjective.

Après la ponction, la sonorité reparait dans le deuxième espace, et dans la partie inférieure la matité a fait place à du souffle. Le maximum du choc a lieu à peine à droite de la ligne médiane.

Le liquide de la ponction a formé un dépôt de 1 1/2 cent. de hauteur sur 9, au bout de 24 heures. L'examen du dépôt le montre constitué par des globules de pus, très pâles, très granuleux et dont la plupart présentent des contours peu nets, les granulations sont pour la plupart des granulations grasses, brillantes, incolores; quelques-unes sont plus fines, d'aspect protéique et prennent le violet de méthyl. Il existe aussi quelques granulations grasses extra cellulaires. Pas de globules rouges.

25 novembre. — L'état général est excellent. L'abcès froid est moins volumineux et moins tendre. En arrière, matité jusqu'à l'épine de l'omoplate, silence à la base, souffle léger et égophonie dans une partie limitée et à la partie moyenne.

Flot antéro-postérieur léger.

Espace de Traube, mat.

Refoulement du cœur, moyen.

On fait une ponction qu'on arrête à 800 gr. devant les plaintes de la malade. Le liquide est très trouble, couleur de bain sulfureux.

Après la ponction, la matité a disparu du premier espace en avant. La pointe du cœur se perçoit de nouveau très près de son siège normal.

En arrière, le souffle s'entend dans une partie beaucoup plus étendue.

Le ballottement est plus net qu'avant la ponction.

29 novembre. — Le liquide de la ponction a formé un dépôt qui est constitué par des globules de pus transparents, riches en granulations graisseuses, avec quelques granulations libres en petit nombre.

30 décembre. — On fait dans la plèvre, sans ponction préalable, par un des trocars de l'appareil de Potain, une insufflation d'un demi-litre d'acide carbonique. Immédiatement après l'insufflation on perçoit un bruit de murmure hippocratique.

3 janvier 1896. — Encore un peu de bruit de succussion hippocratique.

6 janvier. — Plus de bruit de succussion hippocratique.

10 janvier. — La matité est absolue au tiers inférieur en arrière; de l'obscurité très marquée au-dessus sans râles. Ballottement manifeste. Flot net. Le côté gauche tend à s'affaïsser.

Sonorité conservée sous la clavicule dans la station couchée, très grande obscurité dans l'espace de Traube, sans souffle ni râles. La pointe du cœur bat à peu près sur la ligne mamelonnaire.

L'état général est très bon, l'aspect normal. Pas de toux ni d'expectoration.

12 janvier. — Dans la station couchée il existe un peu de matité dans l'espace de Traube, mais les trois premiers espaces sont sonores. Dans la station assise la matité est absolue dans le troisième espace. On fait une ponction dans laquelle on retire 750 grammes d'un liquide très opaque couleur bain sulfureux. On doit arrêter à cause des cris de la malade.

OBSEVATION. XII. (INÉDITE.)

L. Antoine, 64 ans, peintre-plâtrier, né à Frontenas (Isère), entré le 2 décembre, salle St-Pierre, lit 26.

Diagnostic. — Pleurésie purulente, graisseuse, hématique droite. Phénomènes pulmonaires du sommet, crachats purulents non bacillaires. — Pleurotomie sur liquide séreux. Observation clinique. — Parents morts de vieillesse, 3 frères et sœurs vivants. Trois enfants vivants. Femme morte d'affection cardo-pulmonaire (?). Pas d'affection vénérienne. Il boit 1 litre 1/2 de vin par jour en moyenne, jamais de coliques saturnines.

C'est la première maladie qui l'oblige à quitter son travail ; pendant longtemps, antérieurement, il ne s'est jamais alité pendant plus de 4 à 5 jours.

Le 26 octobre, il eut une hémorragie rectale consistant en stries sanglantes dans ses matières. Pendant 10 jours toutes ses selles furent sanglantes. L'examen de l'anus révèle l'existence de petits hémorroides.

Le 1^{er} novembre il ressentit des points douloureux à la base du poumon droit en dehors, et parfois dans la base du poumon gauche. Il s'est mis à tousser, mais à cette époque il ne crachait que très peu.

Malgré tout, il a continué son métier de plâtrier, il a dû quitter son travail le 20 novembre. Après 10 jours passés chez lui sans amélioration, il se décide à entrer à l'hôpital.

Le malade présente un état général assez mauvais, il a maigri beaucoup, mange peu. Il a une diarrhée persistante depuis 30 jours, c'est une diarrhée séreuse tachant la chemise en jaune. La langue est fendillée, assez humide mais ayant un enduit banchâtre assez prononcé.

La dyspnée, soit à l'occasion d'un effort, est modérée. Pas de palpitation de cœur.

Il urine facilement, mais il doit se lever 5 à 6 fois la nuit pour uriner. La toux est très fréquente, l'expectoration peu abondante, elle est composée de mucosités aérées assez visqueuses, sans pus.

Rien d'anormal à l'inspection du thorax. *A la percussion*, sonorité plutôt exagérée aux bases en arrière, et dans la région moyenne; de même en avant. Les sommets en arrière sonnent assez mal.

La matité cardiaque est en grande partie recouverte par le poumon. La matité hépatique a sa limite supérieure normale, mais sa limite inférieure paraît répondre à 3 travers de doigt au-dessous des fausses côtes. La région étant assez douloureuse à la percussion le malade contracte ses muscles abdominaux, ce qui pourrait en imposer pour la matité du foie.

A l'auscultation du poumon, — à gauche en avant, inspiration humée, expiration prolongée.

En arrière. signes de bronchite généralisée.

26 novembre. — Le malade est un peu pâle et paraît affaibli, sans stupeur; sans troubles cérébraux. La diarrhée persiste à cinq ou six selles par jour. L'abdomen est légèrement météorisé, sans gargouillement. La douleur à la pression n'est pas localisable par le fait de la sensibilité du malade.

De nombreuses macules gênent l'inspection de la peau. On découvre cependant deux ou trois taches rosées, assez nettes, dans le dos.

Le foie est notablement augmenté de volume, il dépasse les fausses côtes de plusieurs travers de doigt, on y perçoit de la résistance sans sentir le bord inférieur.

La matité splénique est très augmentée d'étendue, sans atteindre le bord des fausses côtes.

A l'examen du thorax, on constate de la bronchite disséminée, des râles sibilants et muqueux prédominant dans les régions moyennes et aux bases.

L'expectoration est peu abondante, muqueuse et aérée, avec de rares stries opaques.

Le pouls est ample. Les radiales, sinueuses, ne s'effacent pas complètement par la pression.

La matité cardiaque est presque complètement couverte par la sonorité pulmonaire. Les battements du cœur sont réguliers, tranquilles, les bruits sont affaiblis dans leur transmission, sans autre caractère anormal.

Le choc n'est pas perçu.

La langue est un peu sèche ; n'est pas saburrale. Au début de l'affection, il ne semble y avoir eu ni céphalée ni épistaxis.

17 septembre. — L'état est resté stationnaire depuis l'entrée, la température peu élevée, mais sans changement.

La diarrhée a persisté jusqu'à il y a deux jours. La fosse iliaque droite est douloureuse et un peu résistante sans qu'on y perçoive de tuméfaction. Pas de tache rosée.

Le malade est un peu abattu mais n'a présenté aucun phénomène cérébral.

L'expectoration est plus abondante ; elle est constituée par des crachats muqueux avec quelques stries purulentes et quelques points orangés.

La toux est légère, non fatigante.

A l'auscultation, on constate une obscurité générale assez marquée s'accompagnant de sibilances. Il existe au sommet gauche, en avant comme en arrière, une très grande obscurité sans râle.

Auscultation des bases. Surtout à droite, il existe de la

submatité, une obscurité grande et des râles étouffés assez nombreux. La langue est humide, un peu blanche sans enduit, peu d'ulcérations des piliers.

A la base droite, la respiration, obscure dans les respirations normales, devient soufflante dans les respirations fortes.

La voix haute n'est pas modifiée. Les mesures thoraciques sont égales des deux côtés un peu au-dessous de là normale.

Le malade affirme n'avoir jamais été malade ni n'avoir jamais eu d'hémoptisie, ni bronchite.

Sa respiration est accélérée : 40. Pouls normal 88. Battements du cœur sont réguliers, tranquilles, les bruits normaux.

21 décembre. — Le malade a été maintenu à la diète liquide jusqu'au 17 décembre ; l'appétit était du reste très peu marqué.

On reprend aujourd'hui l'alimentation.

On a fait au malade un badigeonnage avec deux grammes de gaïacol les 17 et 19 décembre ; il a déterminé des sueurs.

Le malade se trouve un peu mieux depuis.

Les phénomènes thoraciques se sont notablement accentués, l'expectoration plus abondante présente quelques rares stries purulentes, et une teinte rouge beaucoup plus marquée.

A la base droite existe une voussure très manifeste. La mensuration indique 90 cent. au niveau du mamelon, 93 à la pointe de l'appendice xiphoïde.

A la base, la matité est absolue avec abolition des vibrations.

A l'auscultation, silence presque complet avec quelques râles. Cependant en un point limité un léger souffle respiratoire avec pectoriloquie aphone sans égophonie.

Les phénomènes de flot sont peu nets. Ballottements assez manifeste, flot antéro-postérieur.

En avant, dans la station couchée peu de matité. Le quatrième espace devient mat dans la station assise.

On fait une ponction exploratrice qui donne un liquide purulent très sanieux. On fait alors immédiatement une ponction avec l'appareil de Potain, avec lequel on retire un liquide purulent très sanieux d'une teinte vineuse. On arrête la ponction sans qu'il se soit produit d'accident particulier,

la dyspnée commençant à être assez marquée le liquide coulant facilement. Le liquide ne présente aucune odeur.

Après la ponction, la matité en arrière reste absolue, mais s'arrête à trois travers de doigt au-dessous de l'angle inférieur de l'omoplate; *en avant*, le quatrième espace reste sonore même dans la station assise.

A l'auscultation on ne perçoit pas de râles, le souffle est beaucoup plus net, mais n'existe qu'à l'extrême base de la zone de matité; pas d'égophonie; les phénomènes de flot ont disparu.

Pas d'œdème de la paroi.

Le malade accuse un point de côté dans la base droite, sur lequel il n'attirait pas l'attention, et qui existe depuis le début de l'affection, il a été beaucoup augmenté par la ponction.

Mensuration. — Appendice xiphoïde 90 centim. Au niveau des mamelons 91 centim.

La diarrhée a disparu depuis une huitaine de jours sous l'influence de 4 grammes de bismuth.

24 décembre. — La température est restée plus basse le soir de la ponction, elle a repris le lendemain sa marche habituelle.

La mensuration indique 91 cent. aux mamelons, 92 à l'appendice xiphoïde; la voussure est très apparente; il existe un léger œdème de la paroi.

Le ballottement est net.

A l'auscultation. — Souffle très doux, peu intense, pectoriloquie aphone très nette, légère égophonie.

En avant, le quatrième espace sonore dans la station couchée et submatité dans la station assise.

L'examen histologique du liquide de la ponction montre quelques globules rouges et de nombreux globules de pus riches en granulations graisseuses; il existe aussi de nombreuses granulations libres, graisseuses et albuminoïdes.

Le liquide de la ponction, conservé dans un verre, présente

un aspect de crème au chocolat très épaisse, que surmonte une couche séreuse, un ou deux millimètres seulement.

Pas d'odeur.

26 décembre. — L'état général reste peu satisfaisant, et la ponction n'a produit aucune amélioration durable. Le liquide a beaucoup augmenté, la voussure très apparente, la matité occupe les 3/4 inférieurs.

Les phénomènes du flot sont devenus très apparents, ballottement très accusé, flot antéro-postérieur bien perceptible.

On fait une pleurotomie dans le neuvième espace au point exact de la ponction évacuatrice précédente, mais sans faire de nouvelle ponction.

L'opération se poursuit sans incident et donne issue à 2 à 4 litres de liquide d'aspect séreux, très mousseux et que les efforts d'aspiration projettent avec beaucoup de force.

Le liquide ayant été immédiatement jeté par la sœur, n'a pu être examiné plus attentivement.

28 décembre. — Le malade s'est trouvé notablement soulagé depuis l'opération.

On refait le pansement ce matin pour la première fois : la gaze est à peine souillée d'un liquide séro-sanguinolent, sans pus. Le premier pansement avait été fait en laissant en place un drain de 14 centimètres de long, et une assez grande quantité d'iodoforme avait été déposée sur la plaie et avait pénétré dans la plèvre.

Il ne sort ni air ni liquide par le drain pendant les efforts de toux. A l'auscultation, la respiration s'entend assez ample, très bas. Devant ces phénomènes, on refait le pansement sans drain.

L'expectoration est assez abondante, très gommeuse, avec de nombreuses stries purulentes et quelques points légèrement hématiques.

31 décembre. — On refait le pansement qui est mouillé par une assez grande quantité de sérosité, mais sans pus.

L'état général ne s'est pas modifié.

L'expectoration continue à être purulente.

La plaie cutanée est sèche, sans pus, la toux ne fait sortir aucun liquide et ne produit pas de souffle.

La respiration s'entend bien, sauf à l'extrême base où il existe de la matité et de l'obscurité.

Pas de bruit de succussion, obscurité très marquée et quelques râles au sommet gauche.

4 janvier 1896. — Le pansement n'a pas été refait jusqu'à aujourd'hui sur les instances du malade, mais on le trouve le matin remonté, la plaie complètement à nu.

Celle-ci présente un aspect légèrement diphthéroïdal.

L'état général est stationnaire, mais la dyspnée a beaucoup diminué depuis l'intervention.

A la base, la sonorité est à peu près normale, la respiration s'entend, ample à la partie moyenne, assez bien jusqu'à l'extrême base avec quelques râles fins.

7 janvier. — Les crachats du 31 décembre ne contiennent pas de bacilles de tuberculose.

9 janvier. — L'état général continue à s'améliorer un peu et la dyspnée a presque complètement disparu.

La plaie se cicatrisait très lentement, bourgeonnant mal, le teint est blafard.

La respiration est ample et normale jusqu'à la base où l'on ne constate pas de matité, et où les vibrations thoraciques sont normales.

Au sommet droit, il existe en arrière une grande obscurité, avec quelques râles fins, nombreux et fugaces, que la toux n'augmente pas.

En avant, obscurité moindre, mais manifeste, sans râles et sans matité.

A gauche, la respiration est normale dans toute l'étendue, même au sommet.

L'expectoration continue à être assez abondante, gommeuse et adhérente, avec nombreuses stries purulentes.

L'aspect s'est peu modifié dans ses derniers jours.

11 janvier. — L'état général se relève. La température s'est abaissée graduellement à la normale.

L'expectoration reste très purulente. A l'auscultation, la respiration est ample dans les 2/3 inférieurs du poumon, à peine un peu obscure à l'extrême base. Mais il persiste une très grande obscurité du sommet sans râles humides.

La plaie cutanée ne se modifie pas, elle reste torpide, blanchâtre sans se combler.

On remplace les pansements antiseptiques par un pansement au vin aromatique.

13 janvier. — Les crachats du 13 ne contiennent pas de bacilles de la tuberculose.

L'expectoration a diminué et a peu changé d'aspect, elle devient plus franchement muqueuse, et ne présente plus qu'un aspect louche sans pus collecté.

22 janvier. — La température est normale, mais le malade se cachectise de plus en plus. Toujours pas de bacilles de Koch dans les crachats.

OBSERVATION XIII. (INÉDITE.)

(Résumé.)

Antoinette G....., — 15 ans, lingère à Lyon.

Entrée à St-Pothin service de M. le professeur Bard, le 9 juin, sortie le 2 août 1895.

Diagnostic. Pleurésie purulente gauche — Pleurotomie.

9 juin. Le père asthmatique vient d'avoir une pneumonie dont il est guéri.

Mère bien portante, 59 ans.

Réglée à 13 ans. — Erysipèle de la face à 9 ans et à 11 ans.

Aucune autre affection. Forte constitution. La maladie actuelle débuta il y a juste 15 jours, — le 26 mai par conséquent, — par un violent point dans le côté gauche (la malade veillait alors son père atteint d'une pneumonie); elle s'alite,

pas de frissons, aucun état général. Le médecin qui soignait son père lui fit mettre des topiques; le point de côté cessa au bout de 2 ou 3 jours, mais l'oppression augmentant, on fit, le 5 juin, une ponction exploratrice qui donna issue à un verre de pus; le 6, on en retira 3 litres.

Actuellement on constate un bon état général, pas d'anorexie. Le médecin qui l'avait soignée en ville avait pris sa température de temps en temps. Le 26 mai elle était à 40° et elle a baissé progressivement jusqu'à maintenant où elle est à 38°.

Respiration 32 à la minute.

A l'examen du thorax on note une mobilisation relative de tout le côté gauche.

A la percussion en arrière une diminution de son, dans toute la hauteur du poumon gauche. Manque de vibrations.

Phénomènes de flot.

La respiration est abolie sauf au sommet où elle est soufflante. Dans tout le reste du poumon, souffle respiratoire, égophonie, un peu de pectoriloquie aphone. En *avant*, skodisme sous la clavicule gauche. Espace de Traube mat.

Le cœur est fortement dévié.

10 juin. — Point de dyspnée, peu de toux, peu d'expectoration. Le cœur toujours dévié.

La ponction exploratrice donne issue à quelques gouttes de pus s'écoulant difficilement.

13 juin. — Depuis deux jours la température est remontée progressivement. La dyspnée a reparu très marquée, à aggravation paroxystique, sans point de côté. En arrière, à l'auscultation, souffle pleurétique et égophonie dans toute la hauteur.

14 juin. — La température a continué de monter, la dyspnée est vive; l'épanchement a augmenté; le refoulement du cœur est très accusé.

Les phénomènes de flot sont très marqués. On fait ce matin une pleurotomie, sans incident, dans le huitième espace sur la ligne axillaire postérieure. Le pus qui s'écoule est sans odeur, bien lié, contenant quelques grumeaux.

17 juin. — Etat général excellent; dyspnée nulle. Mais il s'est produit depuis hier quelques taches purpuriques sur le corps et beaucoup plus du côté gauche qu'à droite.

L'examen histologique du pus retiré par la seringue de Pravaz le 16, a montré que les globules de pus étaient pour la plupart très gras, clairs, difluents. Il existe aussi un assez grand nombre de granulations grasses libres. Pas de bacilles de Koch dans les crachats.

Le premier pansement a été fait le 15, il était très souillé et il est sorti un verre environ de pus séro-sanguinolent sans odeur. On le renouvelle aujourd'hui, le pansement a été transpercé, mais on n'obtient pas d'écoulement de pus.

19 juin. — Nouveau pansement. — Pas de pus retenu. Le drain est remis en place.

21 juin. — Nouveau pansement. On remplace le drain par un de calibre plus petit; — pas de pus retenu.

A l'auscultation, la respiration s'entend au sommet, un peu mieux en avant qu'en arrière.

La cicatrisation intra-pleurale paraît être très lente.

23 juin. — Nouveau pansement. On constate un peu de rétention, la toux évacue environ 300 grammes de pus. La température s'était un peu remontée. Le purpurâ a disparu.

26 juin. — On renouvelle le pansement qui était très souillé. La toux et l'inclinaison latérale font sortir par le drain 30 grammes environ de pus café au lait, sans odeur.

En avant, la respiration s'entend bien normale dans les trois premiers espaces; dans le quatrième, un souffle amphorique. En arrière, la respiration ne s'entend que dans la fosse sus-épineuse et un peu dans la sous-épineuse.

10 juillet. — Le drain a été maintenu en place jusqu'à aujourd'hui. Les pansements ont été renouvelés jusqu'à présent tous les deux ou trois jours.

Aujourd'hui, il s'écoule une petite quantité de pus par la toux.

Le poumon est revenu presque complètement sur lui-même.

13 juillet. — L'état général est bon.

Le drain ayant été enlevé le 10, la température avait commencé à remonter. Le pansement enlevé hier n'était pas souillé et, en réintroduisant le drain, il s'est écoulé 100 cc. de pus. Le pansement a été fait hier à 5 heures du soir, et le matin la température est normale.

15 juillet. — Le pansement a été refait hier. Il était à peine souillé, il ne s'est pas écoulé de pus par le drain.

17 juillet. — La température a remonté le 15 et le 16.

Le pansement a été refait hier soir.

Il s'est écoulé 100 grammes de pus ayant le même aspect que les précédents.

19 juillet. — On enlève le pansement qui est à peine souillé ; le trajet est oblitéré.

La respiration est normale dans les 2/3 supérieurs en arrière, dans le 1/3 inférieur on constate un peu de souffle expiratoire, une matité accusée.

22 juillet. — Le pansement a été refait le 19 au soir avec introduction d'une mèche en gaze iodoformée.

Le pansement a été refait le 21 au soir, il était un peu souillé. Il s'est écoulé 200 grammes de pus par un petit drain qu'on a pu introduire en ce moment.

Ce matin, la température est apyrétique, état général excellent.

On a fait hier un lavage de la poche avec de l'eau alcoolisée au dixième, la poche pouvait contenir 200 grammes de liquide.

L'affaissement du thorax à gauche est très apparent.

26 juillet. — Le pansement a été refait les 22 et 24, chaque fois avec lavage avec de l'eau alcoolisée à 20/100. Au dernier pansement, la poche ne pouvait contenir que 100 grammes : le pus a été très modifié.

La respiration s'entend bien partout.

2 août. — La seringue ne contient que 25 cc. de liquide, les pansements sont à peine souillés quoique renouvelés tous les trois jours seulement.

L'état général est parfait ; la malade quitte l'hôpital.

20 septembre. — La malade est revenue à la visite, l'état général est excellent.

OBSERVATION XIV. In Thèse L. Bricage, 1894. Lyon.

(Résumé.)

Tuberculose conjonctive récente du sommet droit. — Sclérose, emphysème et cavernules. — Retentissement sur le cœur droit. — Albuminurie. — Pneumothorax droit développé dans le service à l'occasion d'une fièvre herpétique.

J. P., 21 ans, teinturier, né à Lyon, entré le 10 janvier, dans le service de M. le docteur Bard, salle St-Just n° 10. Le malade, qui était tuberculeux, développe un pneumothorax avec épanchement dans le service.

Nous reproduisons ici seulement ce qui est nécessaire pour démontrer le fait que nous avons cité dans le texte.

Le 23 avril, on fait au malade une ponction, qu'on arrête sans incidents à 1700 c.c. Le liquide est purulent sans odeur.

9 mai. — Au microscope le liquide est constitué par des globules de pus, clairs, transparents très gras, s'accompagnant d'un nombre relativement peu élevé de granulations libres.

Le liquide conservé dans un verre est imputrescible.

On fait aujourd'hui une ponction par laquelle on retire un liquide purulent d'aspect absolument identique à celui de la ponction précédente — On l'arrête à 2000 gr.

16 mai. — L'examen histologique du liquide de la ponction

le montre constitué par des globules transparents, peu cohérents, riches en granulations graisseuses ; on rencontre aussi des granulations libres assez nombreuses.

20 juin. — L'épanchement ne se reproduit toujours pas.

Le malade mourut quelques jours après sa sortie, fatigué sans doute par le voyage.

ÉTIOLOGIE ET SYMPTOMATOLOGIE.

Nous ne pourrions, même si nous le voulions, dans une affection qui est si peu connue, énumérer toutes les causes et les symptômes d'une façon précise et nettement caractéristique; mais nous allons passer en revue toutes nos observations et noter séparément leur étiologie et leur symptomatologie. Ainsi nous espérons donner une idée à peu près exacte de la maladie qui nous occupe.

Sexe.—Ayant si peu d'observations, nous ne pouvons juger qu'approximativement si l'on trouve la pleurésie graisseuse plutôt chez les hommes que chez les femmes. Mais dans les cas que nous avons devant nous, nous ne trouvons qu'une seule femme; toutes les autres observations concernent des hommes et qui plus est, ayant pour la plupart des métiers pénibles; un seul était bijoutier et quant au malade de l'obs. III, nous n'avons pas d'indication sur sa profession.

Nous croyons que les causes de l'empyème graisseuse sont celles qui engendrent la pleurésie séreuse ordinaire, c'est-à-dire le froid, les intempéries les maladies infectieuses, etc.

Nous avons cherché si la tuberculose y prédisposait particulièrement, mais sauf dans un cas, obs. VII où il y avait un peu de tuberculose du sommet à manifes-

tation fibreuse, nous n'avons rien trouvé de suspect ni dans les antécédents ni chez les sujets eux-mêmes. (Voir aussi obs. II.)

Age. — Il y a une grande différence d'âge chez les malades qui nous intéressent. Un est âgé de 63 ans, un autre n'en a que 17. Il faut observer pourtant que dans presque tous les cas la maladie datait déjà depuis quelque temps, notamment dans le cas du général russe qui était affligé d'une pleurésie depuis 15 ans. Comme moyenne d'âge nous trouvons le chiffre 33, nous pouvons donc dire que c'est une maladie de l'âge adulte.

L'état général est peu modifié dans cette affection, cela tient sans doute à ce qu'il n'y a pas de résorption de matières nuisibles à l'économie.

Ce n'est que lorsque des phénomènes de compression surviennent que la santé s'altère, comme chez le malade de l'observation I, qui voyagea pendant quinze ans à travers l'Europe et ne s'arrêta que lorsque les accès de dyspnée, devenant extrêmement graves, faisaient craindre une syncope ou des phénomènes d'asphyxie.

L'apyrexie est complète dans toutes les observations.

Les malades ne toussent guère qu'au début de leur pleurésie. Dès qu'elle devient chronique, la toux disparaît à peu près complètement.

Les troubles digestifs sont rares, l'appétit est ordinairement conservé, quoique on ait noté dans les observations I et V que depuis quelques jours avant l'entrée à l'hôpital, l'appétit était languissant; sauf dans

l'observation IV où il est bon ; on n'en fait pas mention ailleurs.

Comme dit M. Bouveret, le pouvoir d'absorption de la plèvre est beaucoup diminué et le liquide épanché a perdu ses propriétés nocives, d'où la conservation des forces, le manque de troubles digestifs et nutritifs.

Les troubles fonctionnels tiennent à l'abondance de l'épanchement et non pas à la virulence de ses microbes, comme nous le verrons plus loin.

Ce sont surtout des phénomènes de compression du cœur et du poumon que nous observons.

On a observé de la dyspnée dans tous les cas, prenant quelquefois la forme d'accès, observations I et V, accompagnée de cyanose des lèvres et des extrémités, observations I, II, III.

[Quelquefois la gêne de la circulation se manifeste par un léger œdème des malléoles (observation I). On a noté les ongles un peu en massue (observation V).

Les palpitations sont souvent très pénibles (obs. III).

Tous ces désordres ne se développent pas tout de suite, ce n'est que progressivement, car le cœur tolère longtemps une assez forte pression.

Les signes physiques sont ceux de toute pleurésie, avec épanchement considérable. Le côté malade est fortement dilaté, le côté opposé paraît même quelquefois rétracté derrière lui (obs. V).

Les côtes sont relevées et donnent un aspect globuleux à la poitrine (obs. IV et V).

L'épanchement exerce une pression sur tous les organes compris dans le thorax, d'où l'abaissement du foie, (obs. VII) et le déplacement considérable du cœur (obs I, II, III, V).

La mensuration ne révèle que peu de différence entre les deux côtés, même avec un grand épanchement dans une des cavités pleurales (obs. VIII).

La matité est totale dans toute la hauteur du poumon, il n'y a même pas de bruit skodique (obs. III).

Les vibrations thoraciques sont également abolies.

L'auscultation donne un silence complet partout, parfois cependant on entend un souffle doux et lointain (obs. V) ou sourd et rude (obs. I) près du rachis (obs. I et V) où la base du poumon (obs. III).

Il n'y a pas d'égophonie ni de pectoriloquie aphone (obs. III. IV. V. et VIII).

Cependant dans l'observation du professeur Baccelli (obs. VI) la voix aphonique était nettement entendue avant la première ponction, elle devint moins nette et s'entendit sur une surface moindre avant la deuxième; ce changement était dû à une différence de composition des liquides retirés à chaque ponction; la deuxième fois, outre les cellules granulo-graisseuses, il y avait un grand nombre de cellules purulents dans le liquide.

En résumé, nous voyons que l'empyème graisseux n'a rien de bien particulier.

Il y a trois signes qui pourraient le faire soupçonner : ce sont la longue durée de la pleurésie, la grande déformation du thorax et l'apyrexie presque complète; mais il n'y a qu'une chose qui pourrait donner la certitude; c'est la ponction exploratrice et l'examen microscopique du liquide.

Marche. — La marche de l'empyème graisseux est insidieuse de son début à sa fin.

Le début est celui d'une pleurésie, mais il est peut-être plus lent, plus insidieux que celui de cette dernière. S'il existe de la fièvre au commencement, elle disparaît bientôt, la toux cesse et l'état général du malade est si bon qu'il se croit guéri. — Ce n'est qu'une illusion : les phénomènes de compression apparaissent bientôt petit à petit, et le malade est forcé de voir un médecin. Remarquons cependant que ce n'est guère que pendant les mouvements que se fait sentir la dyspnée, tout au moins avant que l'épanchement soit devenu considérable. Si l'on n'intervient pas la maladie suit son cours, sans tendance à la guérison spontanée.

ANALYSE DE L'EPANCHEMENT.

Pour qu'on puisse donner le nom de pleurésie graisseuse à un épanchement dans la plèvre, il faut : 1° que le liquide ressemble à une émulsion ; 2° qu'il ne contienne aucun ou fort peu de leucocytes normaux et 3° qu'il soit complètement exempt de micro-organismes vivants.

Dans les observations qui ont été examinées avec soin on insiste beaucoup sur ces caractères-là.

Quand on rencontre des globules blancs, ils sont ordinairement chargés de granulations graisseuses, ou en voie de subir la dégénérescence granulo-graisseuse (obs. II).

Quelquefois on ne trouve que des granulations graisseuses libres (obs. IV, V, VI).

Le troisième caractère que nous avons noté, c'est-à-dire l'absence de micro-organismes vivants, est très important, ça explique pourquoi il y a si peu de troubles nutritifs, pourquoi la pleurésie reste si longtemps en état latent (d'où un de ces synonymes pleurésie latente) sans produire d'autres symptômes que ceux causés par le volume du liquide épanché, et enfin pourquoi il n'y a pas de fièvre. Cette absence de micro-organismes vivants est notée dans les obs. IV et VIII, où on avait fait desensemencements dans du bouillon stérilisé, sans résultat positif.

La couleur du liquide est très variable, quelquefois jaune et opaque (obs. I, III, IV, V, VI, VII et VIII), dans la deuxième observation, il est verdâtre comme d'ailleurs on le trouvait après une suite de ponctions chez le malade de l'observation VIII.

Comme chez ce malade on avait fait 14 ponctions pendant ces deux séjours, le liquide variait beaucoup : visqueux et jaune à l'entrée, il était devenu séreux avec une légère teinte rougeâtre à la sortie, après avoir passé par toutes sortes de couleurs dans les ponctions intermédiaires.

Dans toutes les observations, sauf deux, le liquide ne se séparait pas en couches, comme la plupart des épanchements séro-purulents, mais dans les observations II et VIII le liquide ne suit pas la règle habituelle.

Dans le premier cas, il y eut deux couches, la supérieure était jaune verdâtre, et l'inférieure, épaisse, sirupeuse, grise et opaque.

Dans le deuxième cas, la couche supérieure était séreuse, et l'inférieure probablement jaune (on ne l'a pas noté dans l'observation).

Quelquesfois le liquide est visqueux (obs. VI, VII, VIII) si visqueux même qu'il a eu de la peine à passer dans l'aiguille de ponction (obs. VIII).

M. Debove, dans l'observation III, a trouvé 1025 comme densité du liquide. — Chez le malade de l'observation VIII on a fait quatre fois l'analyse du liquide, la densité de ces quatre cas était respectivement 1039, 1025, 1024 et 1021.

M. Debove a également trouvé au liquide une réac-

tion alcaline, comme c'est noté d'ailleurs dans l'observation X.

Nous croyons qu'il peut parfois être acide, car M. Baccelli l'a noté dans son observation.

Le liquide se putréfie difficilement car on a pu le conserver plusieurs jours même, dans des verres, sans percevoir d'odeur (obs. III, VIII).

A l'examen microscopique on constate surtout une grande quantité de granulations graisseuses d'une grande finesse (obs. II, III, IV, V, VI) ressemblant quelquefois aux corpuscules de Gluge et de la dimension d'un leucocyte, mais en différant par leur réaction en présence de l'acide acétique (obs. II).

Ces granulations traitées par l'éther disparaissent, laissant un liquide citrin (obs. VI).

D'autres fois on ne trouve que des restes de globules blancs infiltrés de granulations graisseuses (obs. VII et VIII).

Ces leucocytes sont à bords *flous*, comme dit M. Bard, et n'ont pas de noyaux colorables.

On a noté encore des paillettes micacées (obs. III) et des quantités considérables de cristaux de cholestérine, subissant aussi la dégénérescence granulo-graisseuse (obs. II, III).

LÉSIONS DE LA PLÈVRE.

Malheureusement pour la science médicale les autopsies sont aussi rares que la maladie elle-même. Jusqu'à présent nous n'avons que deux observations où on a pu examiner la plèvre après la mort (obs. III et VII). Dans le cas de M. Debove (obs. III), le liquide était enfermé dans une poche kystique qui, dans toute son étendue, se confondait avec la plèvre. La paroi de la poche avait une épaisseur de plusieurs millimètres, et était formée de couches successives superposées. Elle était jaunâtre, à peu près de la couleur du tissu élastique.

A l'œil nu elle présentait l'apparence d'une aorte légèrement athéromateuse. Au microscope on voyait qu'elle était formée de couches fibreuses et stratifiées, contenant dans leurs intervalles de fines granulations graisseuses, semblables à celles de l'épanchement, d'où la couleur jaune de la membrane. M. Debove remarque en outre qu'en certains points ces granulations graisseuses étaient beaucoup plus nombreuses qu'en d'autres, formant de véritables taches.

Pour ce qui concerne l'autre cas (obs. VII), M. Bouveret ne dit pas grand'chose dans l'observation même. Nous empruntons ce qui suit à son traité sur l'Em-

pyème. Il dit: « Nous avons trouvé un épaissement énorme de cette membrane (la plèvre). L'épanchement était enkysté dans une coque fibreuse, rigide, en certains points, épaisse de plus d'un centimètre, et très adhérente aux deux feuillets de la plèvre. La face interne était uniforme, lisse, et d'un aspect qui rappelait assez bien la face interne de la plèvre elle-même. Et cependant, à une certaine période, le processus inflammatoire avait repris une réelle activité, et nous avons dû pratiquer l'opération de l'empyème. »

M. Debove n'a rien trouvé dans la cavité pleurale, ni néo-membranes, ni fausses membranes, ni flocons fibrineux dans le liquide.

M. Debove a également cherché s'il y eut une lésion qui pouvait faire croire à un orifice établissant une communication de la plèvre au canal thoracique, il n'a rien trouvé. Donc nous voyons qu'à part les granulations graisseuses dans la paroi de la plèvre, faisant même des taches quelquefois, il n'y a rien de spécial à noter pour ces lésions. Car, comme dit M. Bouveret (loc. cit), cet énorme épaissement des parois se rencontre assez souvent dans les vieux empyèmes.

DIAGNOSTIC ET PRONOSTIC.

On ne peut pas faire un diagnostic ferme avant d'avoir pratiqué la ponction exploratrice. La durée de la maladie, l'apyrexie, l'absence de troubles généraux graves, tout tend à faire présumer la présence d'un empyème graisseux; mais tous les doutes disparaissent après la ponction et l'examen microscopique, car on ne peut se tromper en voyant les globules de pus infiltrés de granulations graisseuses et le nombre plus ou moins grand de ces mêmes granulations à l'état libre dans le liquide épanché.

Si l'on est encore indécis, on peut faire un ensemencement et le résultat négatif enlèvera toute incertitude.

Nous sommes forcé d'avouer, contrairement à l'avis de M. Bouveret, que le pronostic de l'empyème graisseux n'est pas aussi grave qu'il le croit.

Dans des cas francs, comme par exemple les observations I et VIII, les malades sont parfaitement guéris après plusieurs ponctions.

M. Sainton croit à la guérison de toutes les pleurésies latentes : c'est aller un peu loin, car nous avons vu deux cas où les malades sont morts (observations III, VII), l'un d'une maladie intercurrente et l'autre d'une syncope au moment d'une ponction, accident qui peut arriver toutes les fois qu'on pratique cette opération.

TRAITEMENT.

Disons tout d'abord que le traitement médical n'a aucun effet sur la marche de la maladie qui nous occupe.

Nous le voyons du reste dans les observations IV, VI et VIII.

Il n'y a que deux méthodes de traitement rationnel : les ponctions répétées et la pleurotomie.

Dans quels cas doit-on se servir de l'une ou de l'autre méthode ?

Les indications sont assez exactes pour chacune d'elles.

Parmi les auteurs qui ont décrit cette affection les avis sont partagés à propos de l'utilité des ponctions répétées : pour les uns ce n'est qu'une méthode palliative, ne donnant qu'une survie de quelques mois au malade. Pour les autres, au contraire, la méthode guérit toujours et dans tous les cas.

Nous croyons que la méthode des ponctions répétées est surtout bonne dans les cas de pleurésie graisseuse franche, apyrétique et chronique. Lorsqu'elle est récente, les ponctions doivent être répétées souvent, tandis que lorsqu'elle est ancienne, des ponctions multiples, espacées, conviennent mieux, car elles laissent au poumon du côté opposé le temps de s'hypertro-

phier. C'est par ce moyen que la guérison a lieu; le poumon du côté malade est ratatiné, souvent fixé contre la colonne vertébrale par des brides de néoformation. Ce traitement, dans les cas anciens, est souvent fort long, de plusieurs mois.

Nous réserverions la méthode par la pleurotomie dans les cas de pleurésie intermédiaire à forme virulente, à marche fébrile, et dans lesquels le processus inflammatoire revêterait une forme plus ou moins aiguë.

CONCLUSIONS :

I. -- La pleurésie graisseuse est caractérisée par les propriétés du liquide épanché : aspect purulent, sans odeur, leucocytes transparents, en voie de dissolution, en dégénérescence granulo-graisseuse très avancée, granulations graisseuses libres dans le liquide plus ou moins abondant.

Pas de micro-organismes, longue conservation, sans putréfaction, à l'air libre.

II. — La production de cette forme de pleurésie est due à la transformation graisseuse d'un épanchement primitivement purulent ou séreux. La première forme est la plus fréquente et l'évolution graisseuse est subordonnée à l'extinction de la virulence; elle se produit surtout dans les pleurésies purulentes, faiblement inflammatoires, à début insidieux; cependant elle peut aussi se produire dans les formes prolongées de pneumothorax tuberculeux.

La seconde forme n'aboutit peut-être qu'à la formation d'épanchement séro-purulent.

III. — Il existe des formes de passage entre les épanchements purulents franchement inflammatoires et les épanchements purulents définitivement graisseux. Ces variétés ont été l'objet d'interprétations diverses, le pronostic et le traitement doivent varier suivant le degré de leur évolution, c'est-à-dire suivant qu'elles se rapprochent davantage des formes inflammatoires ou des formes graisseuses.

IV. — La pleurésie définitivement graisseuse se présente d'ordinaire, en clinique, sous la forme d'une pleurésie chronique apyrétique à grand épanchement, ne donnant aucun autre trouble fonctionnel que ceux qui sont la conséquence de la compression des organes voisins par l'épanchement.

V. — La pleurésie graisseuse abandonnée à elle-même n'a pas de tendance spontanée à la guérison et l'épanchement continue à s'accroître, quoique avec lenteur.

Elle est susceptible de guérison complète par un traitement bien dirigé. Celui-ci doit consister en ponctions aspiratrices multiples. Dans les cas récents, un petit nombre de ponctions assez rapprochées peuvent suffire; dans les cas très anciens, la guérison exige plusieurs mois et les ponctions doivent être assez espacées pour permettre l'hypertrophie graduelle du poumon du côté opposé.

La pleurotomie doit être employée dans les formes intermédiaires, où la virulence, les poussées inflammatoires et la fièvre ne sont pas complètement éteintes.

VU : LE DOYEN,
LORTET.

Vu, bon à imprimer :
LE PRÉSIDENT DE THÈSE,
BARD.

Permis d'imprimer,
Lyon, le 28 janvier 1896.
LE RECTEUR,
G. COMPAYRÉ.

TABLE DES MATIÈRES.

	Pages.
Préface.....	3
Historique.....	5
Pathogénie.....	37
Etiologie et symptomatologie.....	59
Analyse de l'épanchement.....	64
Lésions de la plèvre.....	67
Diagnostic et pronostic.....	69
Traitement.....	70
Conclusions.....	73
